PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

"ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES, VALORADOS EN EL CENTRO DE SALUD ANIDADO COTACACHI, SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR EXPRESADOS EN EL REGISTRO DE INFORMACIÓN COMO PARTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2017 A ENERO 2021"

AUTOR

Dr. Fernando Javier Segovia Guerra

DIRECTORA

Dra. Elva Beatriz Arias Terán

IBARRA – ECUADOR

2021

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios por todo lo que recibo cada día, mi hogar y mi carrera, sin él nada sería posible.

A mi esposa y mis hijos, todo lo que hago cada día es con su apoyo y para su bienestar, son lo más importante en mi vida.

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional durante toda mi carrera médica, son un pilar importante en mi vida.

A mi tutora de tesis Dra. Elva Arias, por su ayuda y guía académica brindada durante todo miproceso de titulación.

A la Dra. Nancy Dávila por su apoyo durante toda mi carrera.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mi esposa y mis hijos, todo mi trabajo y esfuerzo es para ellos, son el pilar de mi vida y la mejor razón para seguir superándome. Espero compartir junto a ustedes de todos estos logros y contribuir con ustedes para que cumplan de igual manera todas sus metas.

Fernando Segovia

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS **2**
DEDICATORIA **3**
TABLA DE CONTENIDO **4**
LISTA DE CUADROS **7**
LISTA DE FIGURAS **8**
RESUMEN **9**
Introducción ***9***
Objetivo ***9***
Métodos ***9***
Resultados ***10***
ABSTRACT **11**
Introduction ***11***
Objective ***11***
Methods ***11***
Results ***12***
Conclusions ***12***
CAPÍTULO I **13**
INTRODUCCIÓN ***13***
CAPÍTULO II **21**
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES ***21***
DEFINICIÓN **21**
EPIDEMIOLOGÍA **21**
FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD MUNDIAL **22**
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ***23***
TENSIÓN ARTERIAL **23**
DEFNICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL **23**
EPIDEMIOLOGÍA **24**
FISIOPATOLOGÍA: **25**
FACTORES DE RIESGO **26**
CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL **27**
CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL **29**
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN **30**
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ..... ***40***
DEFINICIÓN **40**
EPIDEMIOLOGÍA **40**
FISIOPATOLOGÍA **41**
SIGNOS Y SÍNTOMAS **42**
DIAGNÓSTICO **42**
TRATAMIENTO DIABETES MELLITUS **43**
DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA DIABETES **45**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO 46
COMPLICACIONES MACRO Y MICROVASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS 2 49
MODIFICACIONES DE ESTILO DE VIDA 53
CALIDAD DE ATENCIÓN 54
DEFINICIÓN 54
DEFINICIONES DE DIMENSIONES DE CALIDAD DE ATENCIÓN 55
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES 57
REGISTRO MEDICO 58
METODO DE WEED 61
JUSTIFICACIÓN 64
CAPÍTULO III 67
MATERIALES Y MÉTODOS 67
OBJETIVO GENERAL 67
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 67
HIPÓTESIS 68
MUESTRA 69
DISEÑO DE LA INVESTIGACION 69
PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 69
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS 70
ANÁLISIS BIVARIAL 72
CAPÍTULO IV 73
RESULTADOS 73
Descripción de la población de estudio 73
Revisión de historias clínicas 78
Revisión por años del registro de historias clínicas 95
ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO 96
Pregunta 1 97
Pregunta 2: 98
Pregunta 3: 99
Pregunta 4: 100
Pregunta 5: 101
Pregunta 6: 102
Pregunta 7: 103
Pregunta 8: 104
Pregunta 9: 105
Pregunta 10: 105
Pregunta 11: 106
Pregunta 12: 107
Pregunta 13: 108
Pregunta 14: 108
Pregunta 15: 109
Pregunta 16: 110
Pregunta 17: 111
Pregunta18: 112
Pregunta 19: 113
Pregunta 20: 114
RELACIÓN ENTRE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN. 114
RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y EL SEGUIMIENTO SUBSECUENTE Y CONTROL ADECUADO DEL PACIENTE 116
CAPITULO V 127
DISCUSIÓN 127

LIMITACIONES *130*
CAPÌTULO VI **131**
CONCLUSIONES *131*
RECOMENDACIONES *133*
BIBLIOGRAFÍA **134**
ANEXOS **139**
RECURSOS HUMANOS *139*
RECURSOS DE OFICINA: *139*
RECURSOS ECONÓMICOS: *140*
ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA PERCEPCION DE CALIDAD *140*
CHEK LIST DE LA EVALUACION DEL LA HCL *145*
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION. *149*

LISTA DE CUADROS

Tabla 1..... 28
Tabla 2..... 33
Tabla 3..... 33
Tabla 4..... 35
Tabla 5..... 36
Tabla 6..... 38
Tabla 7..... 39
Tabla 8..... 44
Tabla 9..... 73
Tabla 10..... 74
Tabla 11..... 75
Tabla 12..... 76
Tabla 13..... 76
Tabla 14..... 77
Tabla 15..... 77
Tabla 16..... 78
Tabla 17..... 79
Tabla 18..... 80
Tabla 19..... 82
Tabla 20..... 83
Tabla 21..... 85
Tabla 22..... 86
Tabla 23..... 89
Tabla 24..... 90
Tabla 25..... 92
Tabla 26..... 93
Tabla 27..... 95
Tabla 28..... 96
Tabla 29..... 98
Tabla 30..... 98
Tabla 31..... 99
Tabla 32..... 100
Tabla 33..... 101
Tabla 34..... 102
Tabla 35..... 103
Tabla 36..... 104
Tabla 37..... 105
Tabla 38..... 105

Tabla 39..... 106
Tabla 40..... 107
Tabla 41..... 108
Tabla 42..... 109
Tabla 43..... 109
Tabla 44..... 110
Tabla 45..... 111
Tabla 46..... 112
Tabla 47..... 113
Tabla 48..... 114
Tabla 49..... 115
Tabla 50..... 116
Tabla 51..... 117
Tabla 52..... 118
Tabla 53..... 118
Tabla 54..... 119
Tabla 55..... 119
Tabla 56..... 120
Tabla 57..... 121
Tabla 58..... 122
Tabla 59..... 122
Tabla 60..... 123
Tabla 61..... 124
Tabla 62..... 124
Tabla 66..... 126
Tabla 67..... 140

LISTA DE FIGURAS

Ilustración 1..... 74
Ilustración 2..... 97

RESUMEN

Introducción

En Ecuador, como en el resto del mundo, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa un importante problema de salud pública, no solo por la patología sino por la alta tasa de mortalidad y de gastos para el sistema sanitario. Como parte de la atención de un paciente con una enfermedad crónica el registro de la historia clínica desempeña un papel fundamental que permite brindar una atención de calidad.

Objetivo

Describir las mejoras en el registro de la historia clínica como parte de la calidad de atención en los pacientes con DM2 y HTA, y calificar la percepción de la calidad de atención en el paciente crónico.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo que inició con la revisión de 196 historias clínicas del centro de salud Anidado Cotacachi de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 atendidos por el servicio de medicina familiar a partir de enero 2017 a enero 2021; y, la realización de una encuesta de percepción de la calidad de atención dirigida al paciente con enfermedad crónica utilizando la herramienta PACIC traducida al español.

Resultados

Se encontró que existen mejoras en la calidad de registro de la historia clínica desde el año 2017 al año 2021 (56.1% - 59.2% respectivamente). Los parámetros más deficientes en el llenado de la historia clínica fueron: el registro del familiograma, los hábitos del paciente y la revisión de aparatos y sistemas.

La percepción de calidad de atención indicada por los pacientes se encuentra en un valor medio con un 19.9% de personas que indican que “a veces” percibieron una atención de calidad por el profesional de salud.

No existe relación entre la parte socioeconómica y la calidad de atención del paciente con enfermedad crónica.

Existe relación directa entre el registro de la historia clínica y la calidad de la atención.

Conclusiones

El registro adecuado de la historia clínica representa un factor importante en la calidad de atención médica, un factor importante en este registro corresponde al seguimiento y control del paciente que a su vez determina en el paciente una visión de calidad de atención recibida por el profesional de salud.

ABSTRACT

Introduction

In Ecuador, as in the rest of the world, arterial hypertension (HBP) and type 2 diabetes mellitus (DM2) represent an important public health problem, not only due to the pathology but also due to the high mortality rate and expenses for the disease. sanitary system. As part of the care of a patient with a chronic disease, the recording of the medical history plays a fundamental role in providing quality care.

Objective

Describe the improvements in the registration of the medical history as part of the quality of care in patients with DM2 and HBP, and rate the perception of the quality of care in the chronic patient.

Methods

A retrospective cross-sectional descriptive study was carried out that began with the review of 196 medical records from the Anidado Cotacachi health center of patients with hypertension and diabetes mellitus 2 treated by the family medicine service from January 2017 to January 2021; and, the realization of a survey of perception of the quality of care directed to the patient with chronic disease using the PACIC tool translated into Spanish.

Results

It was found that there are improvements in the quality of the medical record from 2017 to 2021 (56.1% - 59.2% respectively). The most deficient parameters in filling out the clinical history were: the record of the familiogram, the patient's habits and the review of devices and systems.

The perception of quality of care indicated by patients is at a medium value with 19.9% of people indicating that "sometimes" they perceived quality care from the health professional.

There is no relationship between the socioeconomic part and the quality of care for patients with chronic disease.

There is a direct relationship between the registration of the medical history and the quality of care.

Conclusions

The adequate record of the medical history represents an important factor in the quality of medical care, an important factor in this record corresponds to the follow-up and control of the patient, which in turn determines in the patient a vision of the quality of care received by the healthcare professional.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad sistema nacional de salud de Ecuador cuenta con médicos especialistas en Medicina familiar y Comunitaria los cuales son la base del sistema de atención primaria en salud.

Esta especialidad médica realiza atención primaria de alta calidad en base al manejo de herramientas técnicas con el propósito de manejar más del 80% de las patologías conocidas, prestando cuidados integrales de salud desde una perspectiva biopsicosocial orientada al paciente, su familia y su comunidad, para mejorar la atención clínica individual, el trabajo de salud con la comunidad, desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud, incorporación de la docencia e investigación y actividades comunitarias. (Rivera, 2019)

Su papel en el sistema de salud ha sido de suma importancia, y para entender la base de la medicina familiar debemos remontarnos a su inicio en la antigua Grecia, en donde de la mano de Hipócrates, creador y máximo representante de la Escuela de medicina de Cos, quien decía “No existen enfermedades, sino enfermos» y «el médico debe a veces curar, a menudo aliviar y siempre consolar”. (Hipócrates, citado en Vicente, 2018) Se evidencia claramente la importancia de la visión biopsicosocial de la medicina y la necesidad de contar con información completa acerca del paciente y su entorno, en el siglo XIX e inicios del siglo XX la medicina era manejada en su

gran mayoría por médicos generales que se encargaban de todas las patologías clínico-quirúrgicas de sus pacientes y generalmente un solo médico atendía a todos los integrantes de una familia lo que le permitía tener continuidad en la atención y evaluar todo su entorno llegando a convertirse en su médico de cabecera; para esta época el médico era una persona relevante para su comunidad por su papel al servicio como líder comunitario, promotor de cambios sociales, culturales y modificador de los estilos de vida. (Vicente, 2018).

A partir del siglo XX, con las modificaciones científicas y la aparición de las especializaciones médicas este concepto general del paciente fue tomando menor importancia, enfocándose en la valoración individual de la patología y dejando de lado la valoración del paciente y todo su entorno. Para este entonces William Osler con el afán de advertir lo que estaba ocurriendo indicó que “El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad” (William Osler, citado en Vicente, 2018).

Hacia la década de 1940 ya existía la necesidad de la consolidación académica de la medicina general como disciplina y como especialidad. Los primeros intentos de organización de los médicos generales para dar el prestigio a su práctica surgieron en Estados Unidos en la década de 1940. En 1946, se organizó la sección de General Practice de la American Medical Association (AMA), que supuso la primera organización profesional de médicos generales con alcance nacional. En ella enfatizaron la necesidad de destacar el acercamiento holístico a la persona y su familia.

En 1947, se fundó la American Academy of General Practice, primera sociedad

científica de médicos de familia. (Vicente, 2018)

En América Latina y el Caribe comenzó a crearse conciencia para la implementación y desarrollo de programas de Medicina Familiar en las universidades médicas; y en la década de 1970 se inició la formación de posgrados en Medicina Familiar en México, siendo el primer país en Latinoamérica en brindar esta especialidad en su sistema de salud, con una atención integral y continua en toda persona que la necesite.

Siguiendo este ejemplo adoptan este sistema países como Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela, extendiéndose al resto de los países en la década de 1980.

El Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) se fundó en Caracas en 1981. Su primer director general y miembro fundador fue el profesor Julio Ceitlin (Argentina), junto con Pedro Iturbe (Venezuela).

En 1994, se transformó en una federación de sociedades, colegios y asociaciones de Iberoamérica, y de la mano de Javier Domínguez del Olmo (México), entregado al desarrollo de la Medicina Familiar en el continente americano, quien pasó a conformar la VI Región de WONCA en 2004. (Vicente, 2018)

La medicina familiar se inició en el Ecuador en el año 1987, como un programa de posgrado en la Universidad Católica de Cuenca en convenio con el Hospital Vozandes Quito. En el año 1989, 12 médicos formados en medicina familiar en otros países del continente, junto con los primeros residentes del programa académico en Quito, decidieron unirse y constituir la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar que es reconocida oficialmente como una sociedad científica sin fines de lucro, constituida

mediante Registro Oficial número 238, el 21 de julio de 1989. (Romero, Díaz, Tinoco, & Valle, 2006)

La Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar es la agrupación que aglutina a todos los médicos que han hecho un curso formal de medicina familiar avalado por una Universidad. Se trata de una sociedad científica, organizada, autosuficiente, que ha dirigido permanentemente sus esfuerzos hacia su reconocimiento en el país por la calidad de sus servicios. (Romero, Díaz, Tinoco, & Valle, 2006)

Desde la inserción de las primeras promociones de médicos familiares hasta el presente año, el sistema de salud cuenta con profesionales capacitados enfocados a brindar atención integral y de calidad a los pacientes, es por esto por lo que el médico familiar adquiere durante su formación académica, una serie de competencias que le permitan desempeñar sus funciones de la mejor manera. Entre estas competencias desarrolladas por el médico especialista en medicina familiar encontramos:

Experticia en Medicina Familiar: Refiriéndose a establecer y mantener criterios clínicos con el objetivo de cubrir las necesidades del paciente y la comunidad. (Narváez & Chávez, 2014)

“Los Médicos Familiares son capaces de captar y manejar el 85% de patologías con un poder resolutivo absoluto, y; además, pueden aplicar una serie de instrumentos que permiten valorar al entorno familiar y detectar trastornos psicosociales de la familia” (Narváez & Chávez, 2014)

Comunicador: El médico familiar debe desarrollar destrezas que le permitan interactuar de una manera correcta con el paciente, facilitando la relación médico paciente e interpretando de manera adecuada su entorno social; con la confianza y la

empatía obtenidas crean una relación eficaz y eficiente para llegar a un manejo integral. Por otra parte, debe tener la capacidad de comunicarse e interactuar tanto con su equipo de trabajo como con sus pacientes.

Colaborador: Un médico familiar debe tener la capacidad de trabajar en conjunto con su grupo de trabajo para realizar proyectos o alcanzar un objetivo que mejore los servicios de atención primaria.

Gerente en salud: En cuanto a esta competencia el profesional debe mostrarse participativo en el desarrollo de sus actividades, facilitar la optimización de recursos, la organización de estrategias de salud; que permita mejorar el tiempo y calidad de atención en el sistema sanitario, debe dominar los flujogramas de atención nacionales e internacionales, intervenir de manera adecuada en asuntos políticos de manera crítica y objetiva y contribuir con los cambios de legislaciones de salud. (Narváez & Chávez, 2014)

Administrador de su práctica y una carrera efectiva: Coordinar y liderar planes y proyectos sanitarios en el contexto de atención integral en salud precautelando el bienestar de la comunidad y apoyando el uso eficaz del talento humano, recursos económicos, logísticos entre otros.

Abogado de la Salud: Defender y precautelar el derecho a la salud de cada paciente, favoreciendo la atención integral amparados bajo leyes nacionales e internacional por medio de las cuales se permite el desarrollo social adecuado basándose en la necesidad de contar con una comunidad sana que explote al máximo sus capacidades.

Doctor, científico e investigador: El médico de familia debe mantenerse en

constante aprendizaje, basando su conocimiento en información veraz tomada de fuentes bibliográficas de investigación actualizadas, debe ser un conocedor de su ambiente social y demográfico para de esta manera transmitir sus conocimientos al paciente, a la familia y a su equipo de trabajo. Debe tener la capacidad de solventar las inquietudes que puedan presentarse en la consulta diaria con sus conocimientos y fuentes sólidos. (Narváez & Chávez, 2014)

Profesional: Debe tener la capacidad de reconocer problemas éticos que puedan presentarse en la práctica diaria y dar la solución acertada a los mismos. (Narváez & Chávez, 2014).

De esta manera y conociendo las competencias del médico familiar se evidencia la importancia de llevar un adecuado registro de la historia clínica de cada paciente, para evitar pérdida de datos de interés relacionados tanto con la causa clínica de la consulta como con el entorno sociocultural, evitar errores de digitación que puedan inferir en problemas legales, cumplir con los manejos adecuados de patologías y para cumplir con las metas establecidas con cada paciente (Barrios, 2014).

En el Centro de Salud Anidado Cotacachi de acuerdo a los registros obtenidos por medio de la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) se identifican un gran número de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de los cuales el 10% corresponden a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), siendo estas las principales causas de morbilidad en pacientes considerados dentro del grupo con patologías crónicas no transmisibles; por lo que se considerarían entre los problemas más importantes en la

población del cantón Cotacachi.

Esto refleja la importancia de conocer la calidad de atención a este grupo de pacientes, no solo valorados desde el punto de vista de control de su patología sino tomando en cuenta el adecuado registro de datos en cada valoración médica, así como la percepción del paciente en cuanto a la relación que mantiene con su médico y que tan satisfecho se encuentra con sus tratamientos.

El proyecto realizado tiene como objetivo conocer el cumplimiento de los parámetros en el llenado de historias clínicas de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por el especialista de medicina familiar registrados en el Centro de Salud Anidado Cotacachi durante el periodo comprendido entre enero de 2017- enero de 2021 y su influencia sobre la calidad de atención percibido por los pacientes.

El proceso de análisis de datos se realizó por medio de una auditoría de historias clínicas correspondientes al año 2017 en el cual no se contaba con el profesional de medicina familiar y durante el proceso comprendido entre 2017 y 2021 luego de la inserción de este especialista. Se hizo uso de una lista de chequeo basada en el método de Weed, y se recopiló información sobre la percepción de cada paciente en cuanto a la atención recibida por parte del médico familiar y su tratamiento mediante una encuesta semiestructurada.

Los datos obtenidos, nos permitieron de esta manera visualizar la percepción del paciente y los cambios en la atención brindada a los usuarios con enfermedad crónica no transmisible en el Centro de Salud Anidado Cotacachi durante los años mencionados y así determinar la importancia de contar con un especialista en

medicina familiar en el primer nivel de atención.

La historia clínica exige en todos los ámbitos un monitoreo continuo, supervisión y evaluación del llenado correcto de la misma; todo en función del trabajo en equipo multidisciplinario. Con la implementación de un sistema de evaluación del llenado de historias clínicas se facilita el fortalecimiento en investigación epidemiológica, se realizan correctivos y proyectos a futuro que mejorarán la gestión clínica.

El beneficiario directo de esta implementación será el Sistema Nacional de Salud pues permitirá optimizar y agilizar procesos. El resultado final recae sobre el ciudadano, sano o enfermo, quien recibe una atención de salud en la que prime la calidad, con respeto a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, pluralidad, eficiencia, ética e integridad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006)

En el estudio se expuso la importancia del llenado adecuado de la historia clínica y los posibles avances en el proceso de su registro, y de esta manera se verá reflejado sobre los aciertos o errores percibidos en función de seguimiento del paciente crónico. Además, permitió tomar en cuenta la percepción individual de cada paciente en cuanto a la atención médica, el manejo de su patología y los controles subsecuentes realizados por su médico, así como el grado empatía del profesional sanitario.

CAPÍTULO II

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

DEFINICIÓN

Las enfermedades crónicas no trasmisibles son un grupo de enfermedades que se caracterizan por no estar asociadas a un proceso infeccioso agudo, ocasionan alteraciones de la salud a largo plazo e implican tratamientos y cuidados prolongados. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Entre las principales afecciones que ingresan dentro de este grupo de patologías tenemos la HTA, la DM 2, la cardiopatía isquémica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades reumáticas y osteoarticulares degenerativas, enfermedad renal crónica, enfermedades cerebro vasculares y neoplasias entre otras más. (Serra, 2016)

EPIDEMIOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud 41 millones de personas fallecen a causa de una Enfermedad Crónica no Transmisible cada año, esto corresponde al 71% de las muertes a nivel mundial y corresponde a 5.5millones de muertes en América. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es una presión arterial elevada (que corresponde al 19% de las muertes a nivel mundial), en conjunto con el sobrepeso y la obesidad y elevación de la glicemia. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles se presentan en edades

avanzadas de la vida sin embargo afectan a todos los grupos de edad y en particular a regiones de países subdesarrollados y el grupo etario con mayor mortalidad se encuentra entre los 30 y 69 años. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Los factores que determinan la existencia de una enfermedad crónica no transmisible están en relación con los estilos de vida, sedentarismo, dietas inadecuadas, consumo de alcohol, tabaco y drogas, contaminación ambiental, entre otros factores propios de la modernidad y reflejo del avance tecnológico. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD MUNDIAL

A continuación, se nombran los principales factores de riesgo para presentar una Enfermedad Crónica no Transmisible según la Organización Mundial de la Salud y su impacto de mundial.

Modificables:

El consumo de tabaco y la exposición al humo, tanto como fumador pasivo o por exposición al humo de leña se relacionan con 7.2 millones de muertes anuales.

Consumo excesivo de sal: que corresponde a 4.1 millones de muertes por año.

El consumo de alcohol representa aproximadamente 1.5 millones de muertes atribuidos a esta causa.

El sedentarismo se relaciona con 1.6millones de muertes asociado también a una dieta inadecuada. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Metabólicos:

Estos factores aumentan el riesgo de llegar a padecer una enfermedad crónica no transmisible y se relacionan con los siguientes cambios metabólicos:

Elevación de la tensión arterial en valores mayores de 140 mmHg para la presión sistólica y mayores de 90 mmHg para la presión diastólica.

Peso elevado relacionado con índice de masa corporal mayor a 24,9 kg/cm2.

Glucosa sanguínea elevada en ayunas, con valores mayores o iguales a 126mg/dl de glicemia aleatoria; o, tras un aporte de 75g de glucosa medido a las 2 horas mayor o igual a 200mg/dl.

Concentraciones de lípidos aumentados en sangre (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

TENSIÓN ARTERIAL

Se conoce como tensión arterial a la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos arteriales mientras circula a través del cuerpo. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Podemos medir la tensión arterial utilizando dos cifras: la tensión sistólica que refleja el efecto de la contracción cardiaca sobre los vasos sanguíneos y la tensión diastólica que representa la relajación cardiaca y su efecto sobre las paredes vasculares. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Para la medición de la presión arterial se utiliza el manómetro de mercurio que refleja valores en milímetros de mercurio como unidad de medida. (Hall, 2016)

DEFNICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

“La manera de determinar el diagnóstico de HTA es mediante la toma de mediciones de tensión arterial durante dos días distintos, encontrando en las dos

lecturas valores superiores de 140 mmHg de presión sistólica y valores iguales o superiores de 90 mmHg de presión diastólica". (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Es recomendable la medición preventiva de la presión arterial de las personas mayores de 18 años, por la posibilidad de un cuadro de hipertensión secundaria en pacientes menores de 30 años y que inician con hipertensión después de los 55 años. (Kasper, y otros, 2016)

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial los criterios de identificación y la prevalencia de la HTA son difíciles de estandarizar debido a las diferencias tanto sociales, ambientales y económicas de cada región. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Sin embargo, la OMS identifica que a nivel mundial existen aproximadamente 1.130 millones de personas con hipertensión que en su mayoría viven en regiones y países subdesarrollados. Según datos obtenidos en 2015 la prevalencia es más elevada en hombres que en mujeres presentándose en 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres, pero tan solo 1 de cada 5 personas tiene controlada su patología. La meta mundial esperada para el 2025 es reducir la tasa de prevalencia en un 25% con valores tomados en 2010. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, en el Ecuador, la prevalencia de prehipertensión arterial en la población de 10 a 17 años es de 14.2% y en la de 18 a 59 años, de 37.2%; por otro lado, la prevalencia de HTA en la población de 18 a 59 años es de 9.3%; siendo más frecuente en hombres que en mujeres (11.2% vs. 7.5%). (Ministerio de Salud Pública,

2019, p.12)

Revisando un poco más en esta encuesta por datos recolectados el mismo año, en la provincia de Imbabura la prevalencia de HTA es del 5.9% de la en una población entre los 18 a 59 años, de los cuales el 4.4% corresponde a mujeres y el 7.7% a hombres, según estos resultados la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres lo que concuerda con los datos a nivel mundial. (Freire, y otros, 2012)

Al tomar los datos del Centro de Salud Cotacachi, el porcentaje de pacientes con HTA es de 8,6% y el porcentaje de pacientes con DM2 corresponde a un 1,4%, y por tratarse de patologías importantes y por su implicación sanitaria se debe intervenir con medidas de prevención y promoción de la salud.

FISIOPATOLOGÍA:

Es un proceso complejo en el que se involucran varios factores tanto estructurales como funcionales de los cuales el que implica mayor importancia es el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona que “de algún modo, condiciona la acción de otros factores humorales y/o neurales, tales como producción de endotelina, la inhibición del óxido nítrico (NO) o de la prostaciclina (PGI2), la acción de catecolaminas o de vasopresina (AVP), del factor ouabaína–sensible o FDE, del tromboxano A2 (TxA2) y de diversas sustancias vasopresoras endógenas.” (Wagner-Grau, 2010)

“El elemento básico es la disfunción endotelial y la ruptura del equilibrio entre los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas) y los vasodilatadores (principalmente óxido nítrico)”. (Ministerio de Salud Pública, 2019, p.14).

Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona

La renina que se origina a partir de la prorenina almacenada a nivel celular, de manera importante a nivel del riñón en las células yuxtaglomerulares. El sustrato de renina o angiotensinógeno formado a nivel hepático, se transforma por acción de la renina en angiotensina 1 (AI) el mismo que por intervención de la enzima convertidora de angiotensina se transforma en angiotensina II. La angiotensina II representa un vasoconstrictor potente cuyo efecto está enfocado en la vasoconstricción del musculo liso, así como en sintetizar y secretar aldosterona. La aldosterona esta encargada de la regulación del volumen de sangre por acción a nivel renal mediante la absorción de sodio y retención de agua. (Wagner-Grau, 2010)

Endotelinas

Las endotelinas son vasoconstrictores potentes, se originan principalmente en el endotelio, se generan a partir de la transformación de proendotelinas en endotelina 1, 2 y 3, esta última en menor proporción. De estos tres tipos de endotelina solo la endotelina 1 tendría propiedades de vasoconstricción sistémica. Ejerce funciones a nivel del tono vascular, excreción de sodio a nivel del riñón y por ende de eliminación de agua. Está involucrada principalmente en el re-modelamiento vascular que corresponde un factor principal de la fisiopatología de la patología hipertensiva. (Wagner-Grau, 2010)

FACTORES DE RIESGO

Exposición a la insulina: existe un mayor riesgo de hipertensión en paciente que usan insulina y aumenta con mayor tiempo de uso. (Tseng, 2018)

Dieta no saludable, peso elevado, obesidad: Alcanzar un peso adecuado contribuye a mejorar el perfil de riesgo cardiovascular y la respuesta al tratamiento antihipertensivo. Se estima que bajar 5 kg de peso en promedio, puede bajar hasta 4 mmHg de presión sistólica y 3.6 mmHg de diastólica. El objetivo es mantener un IMC entre 20 y 25 kg/m2 y un perímetro de cintura menor a 94 cm en hombres y menor a 80 cm en mujeres, acompañado de una dieta adecuada, control multidisciplinario, actividad física y control de hábitos nocivos. (Williams, y otros, 2018)

Ingesta alcohólica: El consumo excesivo de alcohol se relaciona con mayor riesgo de desarrollo de hipertensión, se considera excesivo un consumo de más de 2 bebidas diarias. (Thadhani, 2002 citado en Zhou, y otros, 2019)

Antecedentes familiares y genética: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (hombres <55 años, mujeres <65 años), edad avanzada: edad ≥ 55 años en hombres o ≥ 65 años en mujeres. (Williams, y otros, 2018) En cuanto a la genética tener antecedentes de familiares con HTA está relacionado con 4 veces mayor riesgo de padecerla y representa un 30 a 50% del riesgo genético. (Burrello, y otros, 2017)

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Existen varias organizaciones de evaluación que clasifican la hipertensión HTA; en el presente trabajo se utiliza la clasificación utilizada por la AHA para HTA.

Directrices para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos

Normal si PAS <120 mm Hg y PAD <80 mm Hg

Elevado si PAS 120-129 mm Hg y PAD <80 mm Hg

Hipertensión en estadio 1 si PAS 130-139 mm Hg o PAD 80-89 mm Hg

Hipertensión en estadio 2 si PAS ≥ 140 mm Hg o PAD ≥ 90 mm Hg

Si la PAS y la PAD en 2 categorías diferentes, clasifique la presión arterial como categoría superior. (Whelton, y otros, 2018)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2019) en su más reciente Guía de Práctica Clínica para el manejo de la HTA recomienda clasificar la presión arterial de la siguiente manera:

Tabla 1

CLASIFICACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL

CLASIFICACIÓN	PRESIÓN SISTÓLICA	PRESIÓN DIASTÓLICA
Óptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	≥180	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	<90

Fuente: Guía de Hipertensión arterial, Ministerio de Salud Pública, 2019

CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La presión arterial puede ser muy variable, por lo que el diagnóstico de hipertensión no debe basarse en una sola toma de tensión arterial, excepto cuando la presión arterial haya aumentado significativamente o cuando haya certeza clara de daño orgánico inducido por HTA. (Padwal, y otros, 2020)

En el resto de los casos, medidas elevadas de tensión arterial a repetición tomadas en la consulta es la estrategia tradicional utilizada para confirmar y para la clasificación de la hipertensión en la práctica clínica y en estudios de investigación. El número de consultas y el intervalo entre ellas dependen del grado de HTA y tienen relación inversa con este. (Padwal, y otros, 2020)

Para la medición de la presión arterial se puede utilizar dos tipos de tensiómetro: automático y semiautomático, de preferencia se debería usar el tensiómetro semiautomático y el proceso de toma implica varios parámetros importantes para un adecuado registro de tensión arterial. (Padwal, y otros, 2020)

Según Padwal (2020), la técnica estandarizada para la toma adecuada de la presión arterial consiste en:

El paciente debe estar sentado, tranquilo y no agitado por lo menos durante 5 minutos, apoyar el brazo sobre una superficie, tener un adecuado apoyo de su espalda y con los pies tocando el piso.

Recomiende evitar actividad física 30 minutos antes de la toma y evitar ingesta de algún tipo de estimulante como el café.

Se debe poner atención en que el paciente se encuentre con su vejiga vacía

previo al examen.

Descubra el brazo del paciente y coloque el manguito sobre la piel, el mismo debe girar aproximadamente el 80% sobre la superficie del brazo. Coloque el fonendoscopio en el lugar donde se palpa el pulso braquial no lo introduzca bajo el manguito de toma de presión.

Tras desinflar maguito se escucha el primer ruido que corresponde al valor de la presión arterial sistólica, paulatinamente el ruido va perdiendo su intensidad hasta desaparecer en su totalidad y es en este momento en el que se registra el valor de la presión arterial diastólica.

Se debe obtener al menos dos mediciones de presión arterial separadas por 2 minutos en más de dos ocasiones.

El registro se debe realizar en ambos brazos y se utiliza el valor más alto de tensión de uno de ellos para establecer un diagnóstico.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

El tratamiento de la HTA implica tanto intervención farmacológica como no farmacológica (cambios en el estilo de vida, reducción de hábitos poco saludables, dieta adecuada, actividad física y pérdida de peso), así como medidas de prevención y promoción de la salud. (Ministerio de Salud Pública, 2019) Entre los principales cambios del estilo de vida se describen los siguientes:

Cambios en las prácticas de vida: realizar actividad física de moderada intensidad en dependencia del paciente con una frecuencia adecuada y con un tiempo mínimo de 30 minutos, acompañado de una dieta saludable y corrección de hábitos

nocivos.

Restricción de sal reduce 5 a 10 mmHg de la presión sistólica y 2 a 3 mmHg de la presión diastólica, se recomienda una ingesta diaria de sal de 5g para reducir el riesgo de evento cerebro vascular. (Vidal-Petiot, et al, 2018)

Consumo de cigarrillo: evitar el consumo de cigarrillo para reducir el riesgo de mortalidad y de complicaciones cardiacas. (Barboza, et al, 2016) Si el paciente con hipertensión arterial suspende el consumo de cigarrillo y realiza cambios de su estilo de vida puede prevenir varias complicaciones como el evento cerebro vascular, apoplejías, infartos y la enfermedad vascular periférica. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Cambios en la dieta: Se recomienda una dieta basada en frutas, verduras, fibra, granos secos, carnes magras y lácteos bajos en grasa. (Whelton, y otros, 2018)

Reducción de peso: La reducción de peso es un factor determinante para controlar los niveles de tensión arterial, los objetivos serian un IMC entre 18,5 y 24,9 kg / m 2 además de un perímetro de cintura menor a 102 cm en hombres y menor a 88 cm en mujeres. (Nerenberg, y otros, 2018)

“La mayoría de los pacientes requerirán terapia con medicamentos, además de medidas de prácticas de vida para lograr un control óptimo de su TA”. (Ministerio de Salud Pública, 2019, p.30)

DIURÉTICOS TIAZÍDICOS

El papel principal de un diurético es la eliminación de sodio y agua al bloquear la reabsorción de sodio a nivel de los túbulos renales. (Sarafidis & Lasaridis, 2010)

Son utilizados principalmente para el tratamiento de hipertensión e insuficiencia cardiaca, poseen diferente mecanismo de acción, propiedades farmacocinéticas y

farmacodinamias que determinan su utilización. (Sarafidis & Lasaridis, 2010)

Mecanismo De Acción

Funcionan a través del bloqueo del cotransportador de cloruro de sodio ubicado en el túbulo distal de la nefrona, sus principales efectos son: (Wile, 2012)

Disminuye la concentración de sodio intracelular, por difusión pasiva aumenta los niveles de sodio a nivel luminal.

Evita la reabsorción desde el riñón a la región luminal por bloqueo del cotransportador de cloruro de sodio.

Aumenta la salida de sodio y cloro al conducto colector.

Aumenta la absorción de calcio y disminuye la absorción de magnesio

El riñón pierde su capacidad de diluir la orina sin embargo no se afecta la capacidad de concentrar la misma por la salida con facilidad de agua hacia el túbulo distal.

Contraindicaciones y efectos adversos

Está contraindicado en la insuficiencia renal anúrica. Se debe tener precauciones en casos de hipersensibilidad cruzada con sulfonamidas, se puede tener aumento de acumulación de litio lo que debe ser monitoreado, tiene como contraindicaciones relativas la gota, insuficiencia renal y hepática. (Sarafidis & Lasaridis, 2010)

Sus efectos adversos más importantes son: la hipotensión, hipovolemia, alteraciones hidroelectrolíticas, aumentos de calcio sérico, alcalosis metabólicas, hiperglucemia (disminución de secreción de insulina y aumento de resistencia a la misma), hiperuricemia en 50% de los pacientes, disfunción eréctil o impotencia,

aumento de triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad (LDL por sus siglas en inglés) y colesterol total. (Wile, 2012)

Clasificación

Dentro de los diuréticos tiazídicos principales tenemos los siguientes: (Sarafidis & Lasaridis, 2010)

Tabla 2

TIPOS DE DIAURÉTICOS TIAZÍDICOS	
	Similares a las tiazidas:
Hidroclorotiazida	Clortalidona
Clorotiazida	Indapamida
Bendroflumetiazida	Metolazona
Triclormetiazida	

Fuente: (Sarafidis & Lasaridis, 2010)

Uno de los principales tratamiento utilizados y mencionados por la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión arterial (2019) es la Clortalidona, cuya presentación contraindicaciones y efectos adversos se describen a continuación.

Tabla 3

CLORTALIDONA	
Presentación	Tabletas de 25 mg y 50 mg
Dosificación	- Dosis de 12.5 mg a 25 mg oral cada día - Dosis diaria máxima de 50 mg
Precauciones	- Se recomienda tener precaución en casos de hiponatremia, trastornos de

	electrolitos, pacientes con asma, hiperuricemia, diabetes por el riesgo de hiperglicemias, en pacientes que usan digitálicos, en caso de trastornos lipídicos, Lupus eritematoso sistémico.
Contraindicaciones	Está contraindicado en pacientes que presenten alergias al medicamento, en caso de anuria, porfiria, o alcalosis metabólica/respiratoria.
Efectos adversos	Entre los efectos adversos principales se encuentra la hipocloremia, arritmias cardíacas, mialgias, nausea, vomito, fatiga, gastritis, alcalosis metabólica e hipocalemia severa.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Inhibidores De La Enzima Convertidora De Angiotensina (IECA)

Disminuyen la acción de la angiotensina II al bloquear la conversión de angiotensina I en angiotensina II, su efecto es reducir la resistencia arterial y aumentar la capacidad venosa; con esto bajan el gasto cardiaco, la resistencia vascular renal y se incrementa la excreción renal de sodio. Finalmente aumentan los niveles de renina, AI y de bradicinina que también se inactiva con la enzima convertidora de angiotensina, en contraparte los niveles de angiotensina II disminuyen junto con los niveles de

aldosterona. (Wright, Musini, & Gill, 2018)

Clasificación

Uno de los más utilizados es el Enalapril, por lo que se mencionan sus especificaciones en el siguiente en el cuadro.

Tabla 4

ENALAPRIL	
Presentación	Tableta 5 mg y 20 mg
Dosis	- 2.5 mg a 5 mg diario.
Precauciones	En caso de insuficiencia renal, tratamiento con diuréticos, trastornos hidroelectrolíticos, estenosis valvular, hipovolemia, enfermedad cerebrovascular. Utilizar con cuidado en personas adultas mayores.
Contraindicaciones	Alergias, estenosis bilateral de la arteria renal, segundo y tercer trimestre del embarazo.
Efectos adversos	Puede ocasionar tos seca persistente a las 24 horas o un mes luego de inicio del tratamiento, prurito, cefalalgia, mareo, hipotensión, infarto de miocardio, elevación de la velocidad de

	eritrosedimentación, hiperpotasemia, elevación de creatinina sérica e hiperuricemia.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2019, p. 62)

Calcio Antagonista (Ca)

Este tipo de fármacos inhiben la entrada de calcio hacia el musculo liso de los vasos y las células miocárdicas al bloquear los canales de calcio. (Wright, Musini, & Gill, 2018)

Mecanismo De Acción

Actúan produciendo vasodilatación, disminuyendo la fuerza de contracción del corazón, bajan la frecuencia cardiaca y reducen la producción de aldosterona; efectos que van a actuar directamente sobre la presión arterial causando su decremento. (Wright, Musini, & Gill, 2018)

A continuación, se describen las características del amlodipino que es uno de los más usados de este grupo en atención primaria.

Tabla 5

	AMLODIPINO
Presentación	Tableta de 5 mg y 10 mg
Dosis	- Dosis inicial y de mantenimiento de 5 mg - 10 mg/día - Dosis máxima: 10 mg/día

Precauciones	- Puede aumentar la sintomatología anginosa y provocar un infarto agudo de miocardio. - Ocasionar edema de miembros inferiores durante la segunda o tercera semana de tratamiento.
Contraindicaciones	Alergia al medicamento, shock cardiogénico, angina inestable y estenosis de la aorta.
Efectos adversos	Puede presentarse mareo, hipotensión, rash cutáneo, visión borrosa, hipotensión ortostática y evento cerebro vascular.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2019, p. 63)

Antagonistas De Los Receptores De Angiotensina II (Ara II)

Bloquean la activación de los receptores AT1 de angiotensina II. (Wright, Musini, & Gill, 2018)

El bloqueo de los receptores AT1 causa vasodilatación directa, reduce la secreción de vasopresina y reduce la producción y secreción de aldosterona. (Wright, Musini, & Gill, 2018)

Tabla 6

	LOSARTÁN
Presentación	Sólido oral 50 mg y 100 mg
Dosis	- Dosis de inicio de 25 mg - 100 mg una vez al día. - Dosis máxima: 100 mg oral diario o dividida en 2 dosis.
Precauciones	En trastornos hidroelectrolíticos, estenosis bilateral de la arteria renal, insuficiencia renal o hepática, hipotensión, es muy tóxico en pacientes afro, no se recomienda la combinación con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
Contraindicaciones	Alergia, embarazo
Efectos adversos	Puede ocasionar fatiga, mareo, cefalea, anemia, hipoglicemia, tos, dolor de pecho, mialgias, infección de vías urinarias, diarrea, prurito y palpitaciones.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2019, p. 63)

Betabloqueantes (BB)

Esos actúan en los receptores betaadrenérgicos bloqueando los receptores de epinefrina y norepinefrina. Pueden ser selectivos o bloquear la acción

betaadrenérgica. (Frishman, 2005 ciado en Wright, Musini, & Gill, 2018)

Tabla 7

	ATENOLOL
Presentación	Sólido oral 50 mg y 100 mg
Dosis	Iniciar con 25 mg - 50 mg oral cada día. Máximo: 100 mg oral diario.
Precaución	Principalmente en caso de: diabetes mellitus, hipertiroidismo, tirotoxicosis, insuficiencia hepática, o renal, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca descompensada y miastenia gravis. No se debe combinar con diuréticos tiazídicos por el riesgo de diabetes mellitus
Contraindicación	Alergia a los componentes del medicamento Shock cardiogénico Arritmia cardíaca Insuficiencia cardíaca descompensada Edema agudo de pulmón
Efectos adversos	Fatiga, hipotensión, bradicardia, fenómeno de Raynaud, hipotensión ortostática, falta de aire, depresión,

	somnolencia, alteraciones visuales y digestivas.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2019, p. 64)

DIABETES MELLITUS TIPO 2

DEFINICIÓN

"La diabetes mellitus es un desorden metabólico de los carbohidratos, grasas y proteínas caracterizados por glucemias elevadas de manera crónica, lo que da como resultado la coexistencia de efectos multiorgánicos como resistencia a la insulina en el músculo y tejido graso, a lo que se le añade un avanzado deterioro de la función y la masa de células pancreáticas de tipo beta, inadecuada secreción de glucagón y la producción aumentada de glucosa hepática. (Sociedad Argentina de Diabetes, 2010 citado en Ministerio de Salud Pública, 2017)

EPIDEMIOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud en 1980, 108 millones de personas padecían diabetes mellitus y su valor llegó a 422 millones en 2014. Entre los años 2000 y 2016 se registró un aumento del 5% de muertes por diabetes posicionándose en 2016 como la causa del fallecimiento de 1,6 millones de personas. Su prevalencia mundial en 2014 se encontraba en 8,5% porcentaje que supera por mucho al último reporte de 1980. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Su importancia radica en sus complicaciones que afectan la calidad de vida del

paciente y lo pueden llevar a la muerte entre las cuales destacan ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. En 2016 la OMS consideró a la diabetes como la séptima causa de mortalidad a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

FISIOPATOLOGÍA

Los principales eventos que conllevan a la aparición de diabetes mellitus 2 son la deficiencia de insulina, ya sea por la falla en el funcionamiento o por la disminución de las células β, junto con un incremento en la resistencia a la insulina manifestada por una mayor producción hepática de glucosa y/o por la menor captación de glucosa en tejidos insulino sensibles, particularmente musculoesquelético y tejido adiposo. (Díaz, 2016) A continuación, se describe el proceso de patogenia de la enfermedad:

La resistencia a la insulina más la producción inadecuada de la misma, determinan una disfunción en los tejidos diana. Este funcionamiento inadecuado determina alteraciones en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas. Esta alteración metabólica ocasiona un estado de hiperglucemia que conlleva al estado hiperosmolar y cetoacidosis diabética que son complicaciones por hiperglucemia. Un estado permanente de hiperglicemia ocasiona varias complicaciones entre ellas, la nefropatía, retinopatía y enfermedad cardiovascular. (American Diabetes Association, 2014)

También tenemos algunos mecanismos por los cuales se presentan las complicaciones micro y macrovasculares como son: cambios en la estructura y función vascular (variaciones en la permeabilidad cellar, inflamación, angiogénesis, crecimiento

celular, apoptosis) que están dados por activación de la proteína quinasa C en estados de hiperglicemia y se produce un estado protrombótico y disfunción endotelial por resistencia a la insulina lo que lleva a un aumento de agregación plaquetaria y mayor riesgo de trombosis. (Paneni, Beckman, Creager, & Cosentino, 2013)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas principales relacionados con la hiperglicemia corresponden a poliuria, polidipsia, polifagia, visión borrosa y pérdida de peso espontanea. (American Diabetes Association, 2014)

Si el paciente presenta estados de hiperglucemia crónicos sin tratamiento o asociado a poca adherencia terapéutica podría estar en riesgo de presentar neuropatía periférica, infecciones frecuentes, discapacidad visual, disfunción sexual, disfunción del intestino o de la vejiga, disfunción renal y disfunción cardiovascular. (American Diabetes Association, 2014)

Una forma de identificación de la fase temprana de Diabetes mellitus tipo 2 es la presencia de sintomatología como fatiga, cicatrización de heridas y parestesias, que pueden ser sintomatología sutil. Por estas razones se menciona que un paciente con diabetes mellitus puede presentar sintomatología tras 10 años de su enfermedad y es común que los pacientes al momento de su diagnóstico tengan una o más complicaciones específicas de ahí la importancia de una detección temprana. (Kasper, y otros, 2016)

DIAGNÓSTICO

Según los criterios de la ADA (por sus siglas en ingles Asociación Americana de

Diabetes) se puede realizar el diagnóstico de diabetes mellitus 2 mediante la identificación de la sintomatología del paciente, que es primer lugar el motivo por el que acude y comprende: (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

Poliuria, polidipsia y polifagia o tras una crisis hiperglucémica con una toma de glicemia aleatoria mayor a 200mg/dl

Con 2 resultados de pruebas anormales sin una crisis hiperglucémica (examen y control) que presente una glucemia en ayuno mayor o igual a126 mg/100 ml, o una glucosa plasmática tras 2 horas de la prueba de tolerancia oral (75g de glucosa) igual o mayor a 200 mg/100 ml.

Hemoglobina A1c >6.5%, esta prueba requiere de un laboratorio certificado “por el Programa Nacional de Estandarización de Glicohemoglobina (NGSP) y estandarizado o trazable al ensayo de referencia del Ensayo de Control y Complicaciones de la Diabetes”. (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

TRATAMIENTO DIABETES MELLITUS

“Los objetivos del tratamiento de la DM 2 son: 1) eliminar los síntomas relacionados con la hiperglucemia; 2) eliminar o reducir las complicaciones de microangiopatía o macroangiopatía a largo plazo y 3) permitir al paciente un estilo de vida tan normal como sea posible”. (Kasper, y otros, 2016)

Objetivos Terapéuticos

El objetivo para los niveles de HbA1c (hemoglobina glicosilada) es un valor menor a 7%, el cual debe ser individualizado en dependencia de la duración de la diabetes, la edad y expectativa de vida del paciente, sus comorbilidades como

problemas cardiacos y efectos adversos de la medicación administrada. (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

Se podrían esperar valores menores a 6,5% de HbA1c si no existen efectos adversos o hipoglicemia significativa que comprometa el bienestar del paciente. El control de este parámetro debe ser realizado 2 veces al año si el paciente tiene controles adecuados de glicemia frecuentemente, en caso contrario el control se debe realizar cada 3 meses. (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

El objetivo de los niveles de glucosa comprende una glicemia preprandial entre 80 y 130 mg/dl, valores de glucosa posprandial menores de 180 mg/dl tras dos horas de la ingestión de alimentos. El paciente debe ser controlado subsecuentemente en dependencia de su adherencia al tratamiento, cumplimiento de el mismo y presencia de efectos secundarios, así como estados de hipoglicemia graves que ameriten controles más frecuentes. (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

Existen elementos muy importantes en la atención integral de diabetes que se describen en la siguiente tabla:

Tabla 8

GUÍAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA E INTEGRAL DE PACIENTES CON DIABETES	
Control adecuado e individualizado de la glicemia	Examen físico de los pies 1 a 2 veces por año por el médico y capacitación al paciente en cuidados de los pies (calzado cómodo, corte

	adecuado de uñas, control de resequedad)
Control de glicemia capilar	Control de complicaciones (nefropatía, neuropatía, retinopatía)
Control de hemoglobina glicosilada (2-4 veces por año)	Control de presión arterial en cada control
Capacitación al paciente en la importancia de los controles y autocuidado	Control de perfil lipídico y creatinina
Seguimiento valoración y educación en nutrición (anual)	Esquema completo de inmunización para la edad
Fondo de ojo y valoración por oftalmología al año o 2 años	Valoración de uso de antiplaquetario

Fuente: (Kasper, y otros, 2016 p. 2408)

Elaborado por Fernando Segovia

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA DIABETES

La American Diabetes Asociación (ADA) recomienda el siguiente programa de examen oftalmológico: 1) los individuos con DM tipo 1 deben someterse a un examen

ocular inicial en los cinco años siguientes al diagnóstico; 2) a las personas con DM tipo 2 se les debe practicar un examen ocular inicial al momento de diagnosticar la enfermedad; 3) las mujeres con DM embarazadas y que planean un embarazo deben someterse a un examen ocular antes de la concepción y durante el primer trimestre, y 4) si la exploración oftalmológica es normal, se

> repite dos o tres años después. (Kasper, y otros, 2016, p. 2408)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico debe iniciarse al momento del diagnóstico, al mismo tiempo que se deben establecer cambios en el estilo de vida del paciente.

Muchos profesionales de la salud y sus pacientes prefieren el uso de hipoglicemiantes orales, sin embargo; se cuenta con varios tratamientos sobre los que debe primar la terapia no farmacológica, en cualquier forma los hipoglicemiantes orales se consideran de primera línea. Cualquiera que tratamiento que mejore el control glucémico evita el deterioro de las células beta del páncreas, pero no podemos olvidar que la diabetes tipo 2 es una enfermedad progresiva que al final obliga al uso de insulina en un gran número de pacientes. (Kasper, y otros, 2016)

Fármacos Hipoglucemiantes

Según sus mecanismos de acción, estos fármacos se dividen en aquellos que aumentan la secreción de insulina, los reductores de producción de glucosa, los que mejoran la sensibilidad a insulina, los que mejoran acción de GLP 1 y los que permiten la excreción urinaria de glucosa; a continuación, se describen varios de los mismos. (Kasper, y otros, 2016)

Biguanidas

La metformina corresponde la terapia farmacológica inicial recomendada para el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus 2. “La metformina forma parte de la familia de las biguanidas, un grupo de medicamentos que proceden de la guanidina, un derivado de la Galega officinalis, planta que se ha usado desde la época medieval para el tratamiento de la diabetes”. (Castro-Martínez, et al, 2014)

Actúa mediante la reducción de la producción de glucosa a nivel del hígado tras contrarrestar la capacidad del glucagón para generar cAMP en los hepatocitos, reduce la glucosa plasmática, la insulina en ayunas, mejora el perfil lipídico y aumenta la utilización de glucosa a nivel periférico. Se absorbe a nivel intestinal y se elimina a nivel renal. Sus efectos adversos implican diarrea, flatulencia, indigestión, síndrome de malabsorción, náuseas y vómitos. Su uso prolongado de metformina puede estar asociado con una deficiencia de vitamina B12 por lo que es necesario realizar controles periódicos de esta vitamina. La dosis de inicio debe ser baja y según los valores de glicemia se debe ir aumentando gradualmente cada dos a tres semanas. “Se usa en dosis iniciales de 500 mg por vía oral dos veces al día u 850 mg por vía oral una vez al día con las comidas.” (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

No se debe usar en pacientes con insuficiencia renal con filtración menor a 60ml/min, en acidosis, insuficiencia cardiaca congestiva inestable, en problemas de hipoxemia grave y en hepatopatías. (Kasper, y otros, 2016)

Secretagogos De Insulina: Fármacos que afectan al Conducto De K+ Sensible a ATP

Estos estimulan la secreción de insulina al interactuar con los conductos de

potasio que son sensibles a ATP de las células beta. Son más eficaces en periodos iniciales de diabetes (menos de 5 años) en los que no existe mayor depleción de insulina. Son más seguras las sulfonilureas de segunda generación que actúan más rápido en comparación con las de primera generación, pero con una semi vida más corta lo cual hace requerir tomar una dosis más alta al día. Su mecanismo de acción es reducir la glicemia en ayunas y posprandial, se recomienda usar dosis bajas de inicio incrementando paulatinamente en cada semana o cada dos semanas bajo vigilancia, su acción aumentando la insulina es inmediata por lo que deben tomarse poco antes de las comidas. La glimepirida y la glipizida se pueden tomar una sola vez al día y en el adulto mayor se debe tener precaución en caso de los de acción prolongada, porque ocasionan hipoglicemia persistente. Su metabolismo es hepático y su eliminación renal por lo que se debe tomar en cuenta en pacientes con falla hepática o renal importante. Como efecto secundario causan aumento de peso por mayor cantidad de insulina y mejor control glucémico. (Kasper, y otros, 2016)

Secretagogos de Insulina: Fármacos que intensifican las señales del receptor GLP1

Aumentan la secreción de insulina con la estimulación glicémica, suprimen la liberación de glucagón y disminuyen la velocidad de vaciamiento gástrico. Para su manejo se recomienda iniciar con dosis bajas que ayuden a mitigar los efectos adversos, de los que el más limitante es la náusea, le siguen el vómito y la diarrea.

Inhibidores de la Glucosidasa α

Retrasan la absorción de glucosa en la etapa posprandial, más no, afectan ni la secreción de insulina ni la utilización de glucosa. Su efecto se produce al inhibir la

enzima encargada de desdoblar los oligosacáridos en azucares simples en la luz intestinal. El inicio de tratamiento se da con dosis bajas en la comida de la tarde y aumentarlo a dosis máxima en semanas o meses. Sus efectos adversos son diarrea, flatulencia, distención abdominal ocasionada tras el contacto de los oligosacáridos con el colon, estos merman paulatinamente con el aumento de las dosis. (Kasper, y otros, 2016)

Tiazolidinedionas

"Reducen la resistencia a la insulina mediante la unión al receptor nuclear (que forma un heterodímero con el receptor de retinoides X) PPAR-γ (receptor activado por el proliferador de peroxisoma gamma [peroxisome proliferator activated receptor-gamma])". (Kasper, y otros, 2016, p. 2415)

Causan redistribución de la grasa central hacia la periferia. Las concentraciones de insulina bajan con este medicamento lo que determina que se reduzca la resistencia a esta hormona. Entre los efectos principales de algunos medicamentos de este grupo tenemos a la rosiglitazona que aumenta las concentraciones de LDL, HDL y triglicéridos, la pioglitazona que aumenta más HDL que LDL, pero baja la concentración de triglicéridos. (Kasper, y otros, 2016)

COMPLICACIONES MACRO Y MICROVASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS 2

Las complicaciones de la diabetes se dividen en macrovasculares y microvasculares. "Las microvasculares ocasionan retinopatía, neuropatía y nefropatía y las macrovasculares son causantes de cardiopatía coronaria [CHD, coronary heart

disease], arteriopatía periférica [PAD, peripheral arterial disease] y enfermedad vascular cerebral)" (Kasper, y otros, 2016, p. 2422).

La enfermedad cardiovascular es la causa más común de morbilidad y mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2 y requiere un seguimiento exhaustivo de glucosa, lípidos y presión arterial para reducir el riesgo de complicaciones adicionales o progresión de la enfermedad. (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

Complicaciones oftalmológicas de la diabetes mellitus

La DM es la principal causa de ceguera entre los 20 y los 74 años en Estados Unidos. La gravedad de este problema se refleja en el hecho de que individuos con DM tienen 25 veces más probabilidad de desarrollar ceguera que las personas sin DM.

Existen dos etapas de la neuropatía diabética: la no proliferativa y la proliferativa. La no proliferativa aparece durante los primeros 10 años o al final de los 20 años de enfermedad y "se caracteriza por micro aneurismas vasculares retinianos, hemorragias en forma de mancha y exudados algodonosos". (Kasper, y otros, 2016, p. 2424)

La retinopatía no proliferativa leve en ocasiones evoluciona a una patología de mayor extensión caracterizada por cambios en el calibre de las venas, anomalías microvasculares intra retinianas y abundantes micro aneurismas y hemorragias. Los procesos fisiopatológicos de la retinopatía no proliferativa son destrucción de los pericitos retinianos, mayor permeabilidad vascular, alteraciones del flujo sanguíneo y microvasculatura anormal, de los cuales todos pueden llevar a una isquemia de la retina. (Kasper, y otros, 2016)

La formación de nuevos vasos por la hipoxia retiniana es la causa de la

retinopatía diabética proliferativa. Todos estos vasos se forman cerca del nervio óptico o de la macula o de ambos, y pueden romperse ocasionando hemorragias, fibrosis y hasta desprendimiento de retina. Es importante destacar que no todos los pacientes con retinopatía no proliferativa pasan a la siguiente etapa, pero todo depende de la duración de la enfermedad y del control de esta. La mejor terapia para evitar la retinopatía es el control adecuado de presión arterial y control adecuado de glicemias, se recomiendan exámenes frecuentes de los ojos, realizados por un profesional capacitado en oftalmología y con dilatación pupilar. (Kasper, y otros, 2016)

"El examen oftalmológico (sin dilatación) realizado por los profesionales de la salud en atención primaria o por especialistas en diabetes, es poco efectivo para detectar trastornos oculares secundarios por tal razón se requiere una valoración por el especialista en oftalmología que determine cambios significativos que requieran mayor seguimiento". (Kasper, y otros, 2016, p. 2424)

Complicaciones renales de la diabetes mellitus

La nefropatía diabética representa la causa más importante de nefropatía, a pesar no estar bien definido su presentación se relaciona con "factores de crecimiento, angiotensina II, endotelinas, productos finales de glucosilación avanzada [AGE, advanced glycation end products]), alteraciones hemodinámicas en la microcirculación renal (hiper filtración o hiper perfusión glomerular y aumento de la presión capilar glomerular) y cambios estructurales en los glomérulos (exceso de matriz extracelular, engrosamiento de la membrana basal, expansión mesangial y fibrosis). (Kasper, y otros, 2016, p. 2425)

Los principales factores de riesgo son ser de raza negra y tener antecedentes de familiares con nefropatía diabética, los pacientes que desarrollan estos cuadros están entre el 20 y 40% de los casos. Su inicio se puede identificar con aparición repentina de micro o macro albuminuria, relacionada con mayor frecuencia de hipertensión arterial. Es importante realizar controles de albuminuria para evitar complicaciones e instaurar terapias eficaces, si se establece un diagnóstico de diabetes el monitoreo de albuminuria debe ser inmediato. (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

La mejor terapia es la prevención, control de glicemias, control de presión arterial (valores menores de 140/90 mmHg, administración de Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina IECA o Bloqueadores del receptor de angiotensina 2 ARA2 (evita disminución del filtrado glomerular y reduce la albuminuria) y control subsecuente de dislipidemias. (Kasper, y otros, 2016)

Neuropatía y diabetes mellitus

Se relaciona con alteraciones en el IMC (índice de masa corporal) cuyo incremento se relaciona directamente con el riesgo de neuropatía y con el antecedente de tabaquismo. La polineuropatía es la forma más común de neuropatía, se presenta con mayor frecuencia con pérdida sensorial distal y dolor, pero el 50% de los pacientes no son asintomáticos. Además, puede haber hiperestesia, parestesia y disestesia.

Su sintomatología incluye “adormecimiento, hormigueo, hipersensibilidad o sensación quemante que comienzan en los pies y se dispersan de manera proximal”. (Kasper, y otros, 2016, p. 2425)

El dolor por lo general se presenta en miembros inferiores, durante el reposo y es más fuerte en la noche, el examen físico devela perdida de sensibilidad reflejos

tendinosos profundos de los tobillos. El tratamiento de la neuropatía diabética está enfocado en la prevención, logrando niveles adecuados de triglicéridos y presión arterial; sin embargo, es poco satisfactorio y las molestias como el dolor suelen permanecer a pesar de tratamiento. "Las bases principales de la terapia consisten en evitar las neurotoxinas (alcohol) y el tabaquismo, promover la suplementación de vitaminas para impedir posibles deficiencias (B12 y folato)". (Kasper, y otros, 2016, p. 2425)

El paciente diabético debe supervisar a diario su calzado, sus pies, prevenir formación de callos y ulceras. "La neuropatía diabética crónica y dolorosa es difícil de tratar; sin embargo, puede responder a duloxetina, amitriptilina, gabapentina, valproato, pregabalina u opioides". (Kasper, y otros, 2016, p. 2425)

MODIFICACIONES DE ESTILO DE VIDA

Cambios en la dieta: existen varios esquemas que se pueden usar para conseguir un cambio en la dieta del paciente, estos incluye la dieta tipo DASH que también se utiliza para prevención de hipertensión arterial basada en ingesta de frutas, verduras y baja en grasas; dieta mediterránea que se caracteriza por la ingesta de alimentos que se encuentren en la pirámide alimenticia que indica que alimentos se deben consumir a diario, dieta rica en fibra, baja en grasas, dietas vegetarianas, veganas y bajas en carbohidratos. Además, se debe fomentar el consumo de alimentos ricos en omega 3, el reemplazo de edulcorantes y consumo de abundante agua. (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

La actividad física 30 a 60 minutos al día por 4 a 7 días a la semana más los

cuidados del peso corporal corresponden medidas obligatorias para el control del paciente con diabetes. (Asociación Americana de Diabetes., 2020)

CALIDAD DE ATENCIÓN

DEFINICIÓN

La palabra calidad etimológicamente procede del latín “qualitas-atis”, que significa propiedad, atributo, que involucra a las personas a los distintos servicios que proporcionan salud, con sus respectivas diferencias. (Vidal, 2006 citado en Noboa & Zapata, 2016, p. 16)

La calidad de atención a tomado varias definiciones con el pasar del tiempo, representa la base fundamental del accionar del sistema sanitario, en ella se basa el desarrollo continuo de una relación reciproca de usuarios y servidores de salud; en la que se trabaja en la construcción del bienestar biopsicosocial de una comunidad. Donabedian, en 1980 definió la calidad de atención como: “Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención”. (Romero, Contreras, & Cantú, 2019)

Calidad de atención involucra a todo el personal sanitario y debe ir de la mano de aspectos bioéticos que permitan un análisis diferente de visión desde la posición de los usuarios. (Donabedian,1980 citado en Romero, Contreras, & Cantú, 2019; p. 236)

Bajo esa perspectiva se podría definir la calidad en términos de las decisiones y conductas de los profesionales que se espera que brinden los mayores beneficios para los pacientes. (Andrade, Mendoza, & Terán, 2016)

La Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en el año 2002 propuso la resolución “Calidad de la atención: seguridad del paciente”, la cual hace referencia a una atención completa y por sobre todo a la seguridad del paciente impulsando a fortalecer los sistemas de vigilancia y control; tal organización años más tarde en el 2004 estableció además una alianza mundial para la Seguridad, misma que fue difundida a nivel mundial. (Sector & London, 2001 citado en Noboa & Zapata, 2016, p.18)

La Organización Mundial de la Salud también aporta con el siguiente concepto: la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riegos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. (Organización Mundial de la Salud citado en Conexionesan, 2016)

DEFINICIONES DE DIMENSIONES DE CALIDAD DE ATENCIÓN

Donabedian (1980) dimensiona la calidad asistencial mediante tres componentes:

Componente técnico: que corresponde al uso de la ciencia y tecnología en el manejo del problema de salud del paciente, el objetivo es obtener el mayor beneficio sin modificar los riesgos.

Componente interpersonal: las relaciones interpersonales deben seguir normas de respeto y valores que orienten la interacción de los individuos. Estas normas van

ligadas a los comportamientos bioéticos expectativas y necesidades de cada individuo.

Componente confort: se refiere al entorno que sirve para brindar una atención más confortable. (Donabedian, 1980 citado en Nogueras, 2015)

Según Palmer (1983), los elementos de la calidad asistencial son:

Calidad científico-técnica: corresponde a la capacidad del profesional para usar de manera adecuada los conocimientos y recursos (habilidades de relación interpersonal) que le permitan mantener la salud y satisfacción de la población.

Accesibilidad: es la facilidad con que la población tiene acceso a los servicios sanitarios de manera equitativa.

Satisfacción o aceptabilidad: nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida.

Efectividad: grado con el cual se produce una mejora en la salud del paciente o una población con la atención sanitaria.

Eficiencia: grado en el cual se alcanza un mayor nivel de calidad, con los recursos con que se dispone. (relación entre costos y resultados). (Palmer, 1983 citado en Nogueras, 2015)

La calidad asistencial según la OMS involucra tres criterios en su dimensión:

Criterio técnico: conseguir mayores beneficios y menores riesgos en un problema de salud mediante aplicación de la ciencia, tecnología médicas y ciencias de la salud.

Criterio interpersonal: controla la interacción social y psicológica entre el servidor de salud y el usuario tomando en cuenta la autonomía del usuario y su dependencia del criterio del profesional.

Criterio económico: se relaciona con recursos y su utilización racional a fin de cumplir las metas propuestas. (Organización Mundial de la Salud citado en Nogueras, 2015)

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

La baja efectividad de los programas de salud en atención primaria ha mostrado la necesidad de cambios en la gestión de la atención médica. Por esta razón se han ido desarrollando nuevos conceptos que intentan brindar mejores resultados en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. (Lagos, et al, 2017)

Ed Wagner, MD, MPH, director de Mac Coll Institute for Healthcare Innovation, Group Helth Cooperative of Puget Sound, y un grupo de colaboradores crearon un Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) mismo que se muestra como un método efectivo enfocado en brindar una mejor calidad de atención dando importancia a las relaciones interpersonales del equipo de salud y los usuarios. Se espera contar con equipos capaces de entender al usuario, brindar seguridad al usuario y su familia; y al mismo tiempo que organice la atención médica. (Lagos, et al, 2017)

Una herramienta validada para la valoración del paciente con Enfermedades crónicas no trasmisibles es la Evaluación del Paciente de la Atención de Enfermedades Crónicas (PACIC) que se compone de 20 ítems y evalúa la atención según el Modelo de Atención Crónica. (Gibbons, 2017)

Basado en el estudio realizado en Chile expuesto por Lagos (2017) se plantean los beneficios del uso del cuestionario “Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)”. “Este instrumento proporciona una evaluación de la atención de

enfermedades crónicas desde la perspectiva del paciente y, en particular, del apoyo al automanejo". (Lagos, et al, 2017, p.870)

El instrumento Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) está conformado por 20 ítems distribuidos en 5 subescalas: Activación del paciente (3 ítems); Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo a la decisión (3 ítems); Diseño de objetivos (5 ítems); Resolución de problemas considerando el contexto del paciente (4 ítems); Seguimiento-Coordinación (5 ítems). […] La puntuación de los ítems va desde 1 (nunca) a 5 (siempre). (Lagos, et al, 2017, p.870)

REGISTRO MEDICO

"La historia clínica es un documento médico, científico, legal, económico y humano; solo la anamnesis, parte principal dentro de la historia clínica permite hacer más del 50 % de diagnósticos" (Argente, Álvarez, 2016)

En Ecuador la ley de Seguridad Social. Art. 125, establece que; la auditoría médica de los prestadores de salud será obligatoria, y estará a cargo de empresas especializadas, contratadas por la administradora, con sujeción a las resoluciones de la Superintendencia de Bancos y Seguros. (Pavón y García, 2017)

Siendo la historia clínica un documento de carácter informativo, con un orden lógico y que requiere una normalización documental y legibilidad, es necesario contar con la mayor cantidad de información posible sobre el paciente y de este modo sintetizarla para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia. (Velito & Tejada, 2010)

La auditoría de salud es la que aborda todo el conjunto de acciones derivadas

de la estructura, proceso, resultado e impactos de equipos multidisciplinario de salud. Está orientada a diseñar, implantar y desarrollar sistema de garantía de calidad, establecer criterios de acreditación de hospitales, diseñar indicadores y estándares de calidad, evaluar eficiencia, eficacia y efectividad de la administración, evaluar calidad de la atención médica y sus impactos. (Pavón y García, 2017).

En este ámbito, cobra cada vez mayor interés el registro de la historia clínica electrónica, modelo ya implementado en Ecuador y con resultados prometedores, que permite una mejor accesibilidad a la información médica de cada paciente y por ende facilita y mejora la atención y control de la diabetes y sus comorbilidades. (Navarro et al., 2011).

“De acuerdo a los conceptos actuales de bioética se debe asegurar estándares de calidad en la atención médica para mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbimortalidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.” (Ecuador M. d., 2007)

Existen en general dos tipos de revisiones de historias clínicas; las revisiones cuantitativas y cualitativas que son análisis de la documentación de las historias clínicas diseñados para ayudar al personal sanitario a mejorar su documentación y nos permiten tener un mayor cumplimiento en el llenado correcto las historias clínicas y contribuye a una mejora en práctica clínica. (Velito & Tejada, 2010).

La diferencia entre los dos procesos radica en que en el análisis cuantitativo de la historia clínica se determina principalmente los ítems de incumplimiento en cuanto al adecuado llenado de los formularios, sin tomar en cuenta el manejo pertinente de la patología del paciente; el análisis cualitativo de la historia clínica "se basa en la revisión de la historia clínica para garantizar que: contiene suficiente información para justificar el diagnóstico, el tratamiento y el resultado de la asistencia, todas las opiniones se hallan apoyadas en hallazgos; y no existen discrepancias o errores en el manejo pertinente del paciente. La responsabilidad de este tipo de revisión recae en los facultativos y el comité de historias clínicas" (Velito & Tejada, 2010), por lo que en el caso de nuestro análisis se usará la revisión tipo cualitativa de las historias clínicas debido a que su objetivo es proporcionar información para las actividades de gestión de calidad.

Para un análisis cualitativo de la historia clínica debemos tener en cuenta que se cumpla con los siguientes componentes: completa y coherente anotación de diagnósticos, coherencia en las anotaciones de todos los que intervienen en el cuidado del paciente, descripción y justificación de la evolución, registro de todas las autorizaciones de consentimiento informado necesaria, prácticas de documentación: legibilidad, uso de abreviaturas, evitar observaciones o comentarios ajenos, inexplicables omisiones de tiempo, presencia de sucesos potencialmente evitables. (Velito & Tejada, 2010)

Para nuestro estudio se realizará la recopilación de datos de las historias clínicas pertenecientes a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y DM2), por medio de una lista de chequeo basada en el método de Weed que intenta

recolectar y establecer el cumplimiento de estos parámetros requeridos en la historia clínica. (Ecuador M. d., 2007)

METODO DE WEED

En la década de los 60, el microbiólogo Lawrence Weed desarrolló un modelo de historia clínica que permitía hacer un registro dinámico de la información, que favorecía la comunicación, la docencia y la investigación; a la vez que también daba libertad para consignar aquellos eventos relacionados con los cuidados de los pacientes, a dichos eventos los definió como "problemas" definiendo como problema “cualquier ítem fisiológico, patológico, psicológico o social que sea de interés para el médico o el paciente " (Rakel, citado en Cantale, 2003).

A esta historia clínica Weed la denominó "historia clínica orientada a problemas" (HCOP) y fue adoptada por Rakel en 1995 y está conformada por 5 partes:

Base de Datos del paciente

Lista de Problemas

Plan Inicial de Acción; excluido por Rakel en 1995

Notas de Evolución para cada problema consignado

Hojas de Flujo donde se registraban los resultados de exámenes complementarios y la medicación prescrita. (Cantale, 2003)

Base de datos del paciente: Está constituida por los datos del interrogatorio, los hallazgos del examen físico y los resultados de los estudios complementarios que se registran generalmente en la primera consulta, dentro de ellos encontramos ocupación, domicilio, estado civil, dirección, etc., antecedentes personales y familiares, el

familiograma, el problema de salud actual, la exploración física y los exámenes complementarios previos. (Cantale, 2003)

Lista de problemas: La lista de problemas surge de los datos obtenidos en la base de datos del paciente, cada problema puede ser clasificado de acuerdo con su aparición (nuevo o ya conocidos), tiempo de duración (agudos, crónicos, en resolución), según su registro (principales, asociados, activos, pasivos). Se debe anotar los problemas en orden cronológico de acuerdo con su aparición y no se toma en cuenta como problema un término vago, un diagnóstico a descartar o una sospecha de diagnóstico. (Cantale, 2003)

Notas de evolución: Las notas de evolución deben ser ordenadas y claras, por esta razón en la estructura de las notas de evolución debe constar cuatro partes, conocidas generalmente como S O A P, por sus siglas en inglés:

S.- SUBJETIVO: Aquí se consignan las impresiones subjetivas tanto del paciente como del médico,

O.- OBJETIVO: En este punto se anotan los resultados del examen físico completo y de los exámenes complementarios realizados.

A.- EVOLUCIÓN/ANÁLISIS: Posterior a realizar la recopilación de información del paciente y el examen físico, se evalúan y se expresan por medio del enunciado de un problema (lo que se busca lograr es un concepto y una "denominación" del problema), además se expresa la condición actual del paciente y las implicaciones clínicas de su patología. (Cantale, 2003)

P.- PLAN: Es la planificación de las conductas que se tomarán. Existen cuatro tipos de planes: · Plan diagnóstico, plan terapéutico, plan de seguimiento, plan de

educación. (Cantale, 2003)

Hoja de flujo: Las hojas de Flujo son apartados de la historia clínica donde se registran los resultados de exámenes complementarios, registros de crecimiento (percentiles), la medicación prescrita, etc. Estos registros nos permiten ver rápidamente la evolución de un dato de interés sin tener que revisar toda la historia. (Cantale, 2003)

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2015 más de uno de cada cinco adultos padece de tensión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Las complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo. (Organización Mundial de la Salud, citado en Biblioteca Médica Nacional, 2017)

América latina para el año 2014 de acuerdo con la OMS, se encontraba en el segundo lugar en cuanto a prevalencia de HTA tanto en hombres como en mujeres mayores de 18 años con una prevalencia de 20.8 para los hombres y 15.6 para las mujeres. En cuanto a las defunciones globales estimadas a causa de enfermedad cardiaca hipertensiva la OMS indica 942.138 muertes estimadas para el año 2015, de los cuales 414.352 son hombres y 527.786 son mujeres. (Organización Mundial de la Salud, citado en Biblioteca Médica Nacional, 2017)

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, en el Ecuador, la prevalencia de prehipertensión arterial en la población de 10 a 17 años es de 14.2% y en la de 18 a 59 años es de 37.2%; por otro lado, la prevalencia de HTA en la población de 18 a 59 años es de 9.3%; siendo más frecuente en hombres que en mujeres (11.2% vs. 7.5%) Ministerio de Salud Pública, 2019, p. 11)

La Federación Internacional de Diabetes (2017), expresa que la incidencia de

esta patología ha tenido un incremento significativo a nivel mundial en las últimas décadas, de 108 millones de adultos entre 20 y 79 años en 1980, a 422 millones en 2014. (Zavala & Fernández, 2018)

Según la OMS (2016) a nivel mundial alrededor 1.5 millones de muertes por año se presentan a causa de la DM2 y se estima que afectará aproximadamente a 700 millones de personas para el año 2045. (Zavala & Fernández, 2018)

En el Ecuador, la prevalencia de DM en la población general de 10 a 59 años es de 2.7 %, destacando un incremento hasta el 10.3 % en el tercer decenio de vida, al 12.3 % para mayores de 60 años y hasta un 15.2 % en el grupo de 60 a 64 años, reportando tasas marcadamente más elevadas en las provincias de la Costa y la zona Insular con una incidencia mayor en mujeres. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

La tasa de muerte en el Ecuador a causa de DM es del 29,18 en personas entre 20 a 79 años, esta cifra se mantiene con relación al incremento de enfermedades crónicas semejante a los países en desarrollo. En el año 2017 se presentaron un total de 4895 defunciones a causa de la DM, 2289 hombres y 2606 mujeres; donde la DM2 representa el 90,3% del total. (Zavala & Fernández, 2018)

Por tanto y teniendo en cuenta los datos estadísticos expuestos previamente, tanto la HTA como la DM 2, son patologías altamente prevalentes en nuestro país y representan un reto para el sistema de salud tanto por su morbi-mortalidad, como por la inversión en salud que se debe generar para el control de estas.

Aquí radica la importancia el tener un panorama claro de dichas patologías, reconocer los limitantes en el manejo y establecer una relación adecuada con el paciente que las padece, sin dejar de lado la historia clínica que es pilar de atención y

seguimiento clínico.

Frecuentemente se afirma que la presencia de historias clínicas completas y realizadas de forma adecuada se suele asociar con una mayor calidad del proceso asistencial, (Velito & Tejada, 2010), por otra parte, el nivel de la atención del profesional de salud puede ser evaluado como su compromiso ético con la sociedad para forjar relaciones interpersonales que permitan desplegar diversas competencias y actuar de manera oportuna con el paciente, esta percepción de la calidad de atención puede ser estimada por cada individuo y permite evaluar en términos generales la eficiencia y eficacia del servicio sanitario.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los aportes y mejoras en la calidad de atención y calidad de registro de la historia clínica sobre el tratamiento de pacientes con HTA y DM 2 que acuden al Centro de salud Anidado Cotacachi, con la inserción del médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el periodo comprendido entre 2017 y 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar mediante una encuesta el nivel la satisfacción del paciente con HTA y DM 2 que acude al Centro de salud Anidado Cotacachi que es atendido por el especialista de Medicina Familiar y Comunitaria.

Analizar la calidad de registro de historias clínicas de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y DM 2) que acudieron al Centro de salud Anidado Cotacachi en el año 2017 previo a la inserción del especialista en medicina familiar.

Evaluar el adecuado registro de las historias clínicas de los pacientes con HTA y DM 2 que acuden al Centro de salud Anidado Cotacachi y son atendidos por el especialista de Medicina Familiar y Comunitaria; mediante la revisión de historias

clínicas durante el periodo 2017 a 2021.

Relacionar los aportes de la calidad de atención y calidad de registro de la historia clínica sobre el tratamiento de pacientes con HTA y DM 2 que acuden al Centro de salud Anidado Cotacachi tras la inserción del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria durante los años 2017 a 2021.

Analizar la condición socioeconómica de la población con HTA y DM 2 de la comunidad que acude al centro de salud Anidado Cotacachi atendida por médicos familiares como factor determinante para la conducta y seguimiento de su tratamiento.

HIPÓTESIS

La inserción de médicos familiares en la atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de Salud Anidado Cotacachi muestra una mejor calidad de atención y del servicio reflejada en el registro de historia clínica y en la satisfacción del usuario.

MUESTRA

Estudio realizado a 196 pacientes que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi durante los años 2017 a 2021; de los cuales 98 presentan HTA y los restantes 98 pacientes DM2. Con el fin de evaluar el registro de la historia clínica como base de la calidad de atención antes y después del ingreso del especialista en medicina familiar.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Estudio descriptivo transversal retrospectivo basado en los datos obtenidos de los registros de historias clínicas del Centro de Salud Anidado Cotacachi durante el periodo enero 2017 a enero 2021 y los resultados de las encuestas de Calidad de atención en el paciente con enfermedades crónicas realizadas a los pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio previo consentimiento informado.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó la revisión de las historias clínicas que reposan en la base de datos del Centro de Salud Anidado Cotacachi de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial y diabetes mellitus 2) a partir de enero 2017 a enero 2021 así como una encuesta de calidad de atención dirigida a este grupo de pacientes.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada de las historias clínicas se registró en una base de Excel y posteriormente se realizó el análisis univariado y bivariado en el programa SPSS Statistics Versión 25.

La información se tomó de las historias clínicas sobre datos de sociodemográficos, los de registro de atención médica en la historia clínica como son: motivo de consulta, enfermedad actual, examen físico, diagnóstico, tratamiento, evolución, seguimiento, legibilidad de la historia clínica, codificación CIE 10, uso de abreviaturas, registro de fecha y hora, sello y firma del profesional, correlación clínico-diagnostica, correlación diagnostico-tratamiento, seguimiento y control subsecuente, referencias e interconsultas que comprenden la calidad de la atención en términos de información.

Para valorar la calidad de atención se utilizó la herramienta PACIC Patient Assessment of Chronic Illness Care, por sus siglas en inglés, una encuesta que está distribuida en 5 subescalas: Activación del paciente con 3 preguntas (1. Me preguntaron sobre mis ideas a la hora de diseñar un plan de tratamiento, 2. Me dieron opciones de tratamiento para que las considerado, 3. Me preguntaron si tenía problemas con mis medicamentos o sus efectos); Diseño de un sistema de entrega de cuidados/Apoyo a la decisión con 3 preguntas (4. Me entregaron una lista por escrito

con las cosas que debería hacer para mejorar mi salud, 5. Me sentí satisfecho porque el plan de tratamiento estaba bien organizado, 6. Me mostraron cómo mis acciones para cuidarme influyeron en mi estado de salud); Diseño de objetivos con 5 preguntas (7. Me pidieron que hablara sobre mis metas respecto al cuidado de mi enfermedad, 8. Me ayudaron a establecer objetivos específicos para mejorar mi alimentación o actividad física, 9. Me entregaron una copia de mi plan de tratamiento, 10. Me alentaron a asistir a una clase o grupo en particular para que pudiera convivir mejor con mi enfermedad crónica, 11. Me hicieron preguntas, ya sea directas o en forma de encuesta, sobre mis hábitos relacionados con la salud) ; Resolución de problemas considerando el contexto del paciente con 4 preguntas (12. Estoy seguro/a que mi médico o la enfermera(o) tomaban en cuenta mis valores, creencias y tradiciones cuando me recomendaron algún tratamiento, 13. Me ayudaron a para diseñar un plan de tratamiento que pudiera llevar a cabo en mi vida diaria, 14. Me ayudaron a planificar con anticipación, de modo que pudiera cuidar mi salud incluso en tiempos difíciles, 15. Me preguntaron cómo mi enfermedad crónica ha afectado mi vida); y Seguimiento y coordinación con 5 preguntas (16. Me contactaron después de una consulta para saber cómo estaba, 17. Me alentaron a participar en programas dentro de la comunidad que me podrían ayudar, 18. Me derivaron a ver a un nutricionista u otro profesional de la salud, 19. Me hablaron sobre los beneficios para mi tratamiento que tuvo la consulta con otros especialistas, como un oftalmólogo, 20. Me preguntaron cómo me estaba yendo las consultas con otros médicos. Cada pregunta cuenta con 5 opciones de respuesta divididas en: Nunca, pocas veces, a veces, la mayoría de las veces y siempre.

El análisis univariado se realizó mediante el análisis estadístico descriptivo de frecuencias de cada una de las variables y se utilizaron medidas de tendencia central (media, median y moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, mínimos y máximos). Con lo cual se obtuvieron resultados en tablas y gráficas de frecuencias y porcentajes, de lo cual se usaron las tablas de frecuencias en el presente estudio.

ANÁLISIS BIVARIAL

Se realizó el análisis bivariado de las variables sociodemográficas, socioeconómicas y de las variables de seguimiento de la historia clínica.

Los resultados obtenidos se relacionaron mediante tablas cruzadas con un intervalo de confianza del 95% y se determinó la significancia estadística a partir de la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p<0,05$.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Descripción de la población de estudio

Características sociodemográficas de la población de estudio

La población de estudio son 196 personas, con diagnóstico previo de HTA y DM 2, atendidos en el Centro de Salud Anidado Cotacachi durante los períodos de enero 2017 hasta enero 2021, cuyo registro médico se encuentra en la base de datos de dicha unidad.

El porcentaje de pacientes fue de 39,8% con DM2, un 40,3% con HTA y un 19,9% con diagnóstico de DM2 más HTA.

Tabla 9

Distribución de pacientes por diagnóstico clínico

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Diabetes mellitus 2	78	39,8
	Hipertensión arterial	79	40,3
	Diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial	39	19,9
	Total	196	100,0

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con HTA y DM2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

En relación con el diagnóstico y el género del paciente tenemos los siguientes resultados: se encontró un 39,7% de hombres vs un 60,3% de mujeres con DM2,

31,6% de hombres vs un 68,4% de mujeres con HTA; y, un 30,8% de hombres vs un 69,2% de mujeres con las dos patologías.

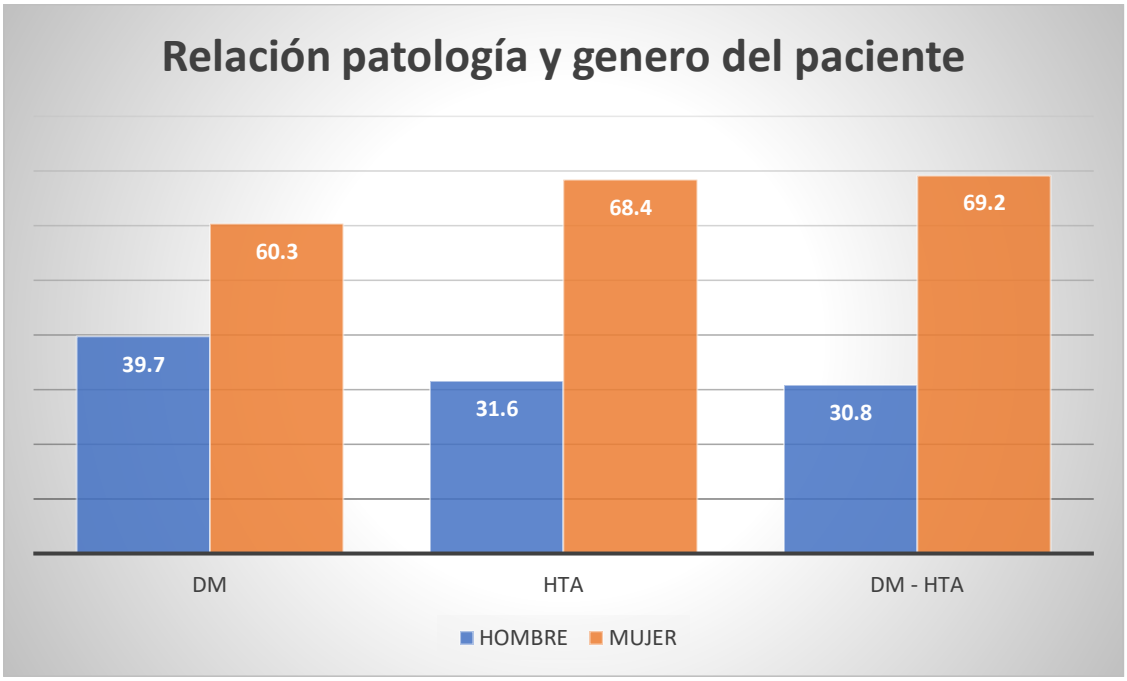
Tabla 10

Relación entre la patología y el diagnóstico del paciente

		Diabetes mellitus 2		Hipertensión arterial		Diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial		Total	
		N	%	N	%	n	%	N	%
Genero del paciente	Hombre	31	39.7	25	31.6	12	30.8	68	34.7
	Mujer	47	60.3	54	68.4	27	69.2	128	65.3

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Ilustración 1



Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Como se evidencia en la gráfica los datos obtenidos reflejan un mayor porcentaje de mujeres que presentan tanto HTA como DM2 y los dos tipos de patología.

El rango de edad de los pacientes según su enfermedad en el estudio se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 11

Distribución de pacientes por edad y diagnóstico clínico

		Diabetes mellitus 2		Hipertensión arterial		Diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Rango por edades del paciente	18 a 64 años	31	39.7	31	39.2	13	33.3
	65 a 75 años	21	26.9	18	22.8	13	33.3
	> de 75 años	26	33.3	30	38.0	13	33.3

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Sobre el nivel de instrucción de los pacientes encontramos que un 72.4% de los pacientes cuenta con instrucción primaria en comparación con un 2.6% de los pacientes que tienen instrucción superior.

Tabla 12

Distribución de pacientes por nivel de instrucción

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Analfabeta	20	10,2
	Primaria	142	72,4
	Secundaria	29	14,8
	Superior	5	2,6

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

El estado civil de los pacientes se encuentra reflejado en la siguiente tabla, de la que destacamos que un 66.8% de la población es casada y como valor inferior u 5.6% de la población es soltera.

Tabla 13

Distribución de pacientes por estado civil

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltero	11	5,6
	Casado	131	66,8
	divorciado	19	9,7
	Viudo	23	11,7
	unión libre	12	6,1

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Sobre la autoidentificación étnica es relevante que de nuestros pacientes un 60.7% de la población con enfermedad crónica corresponde a una autoidentificación mestiza y un 35.7% de la población indígena.

Tabla 14

Distribución de pacientes por autoidentificación étnica

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Indígena	70	35,7
	Mestizo	119	60,7
	Blanco	4	2,0
	Afroecuatoriano	2	1,0
	Mulato	1	,5

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

La profesión de la población en estudio corresponde a un 32.7% de amas de casa, 23.5% artesanos, 14.8% vendedores, 12.8% jornaleros, 10.7% no cuentan con profesión, 4.1% son conductores y un 1.5% profesores.

Tabla 15

Distribución de pacientes por ocupación

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Jornalero	25	12,8
	ama de casa	64	32,7
	Conductor	8	4,1
	Artesano	46	23,5
	Vendedor	29	14,8
	Profesor	3	1,5
	Ninguna	21	10,7

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

En cuanto al ingreso mensual de nuestra población como datos relevantes encontramos que un 34.2% recibe un sueldo menor a un salario básico, un 18.4% recibe un salario básico y un 11.7% no percibe un sueldo; en este caso tomamos en cuenta que un 28.1% de la población no cuenta con este registro de información en su historia clínica.

Tabla 16

Distribución de pacientes por ingreso mensual

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	menor a un sueldo básico	67	34,2
	sueldo básico	36	18,4
	mayor a un sueldo básico	15	7,7
	Ninguno	23	11,7
	no registra	55	28,1

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Revisión de historias clínicas

Revisión año 2017

Los resultados tras la revisión de historias clínicas son los siguientes para el año 2017: del 100% de las historias clínicas un 56.1% de las mismas cumple con un registro completo de la historia clínica y un 43.9% no cumple con el registro adecuado según los parámetros establecidos.

Tabla 17

Sumatoria de revisión de los datos de 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CUMPLE	110	56,1
	NO CUMPLE	86	43,9
	Total	196	100,0

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

De los datos individuales según las dimensiones establecidas en la lista de revisión de historias clínicas se evidencia que en cuanto a la lista de problemas existe falencias en los registros en los parámetros de registro de hábitos del paciente (solo cumple un 15.3%) y el registro de familiograma (solo cumple el 5.1%).

En la dimensión de notas de evolución se evidencian falencias con un 8,6% de historias que cumplen con el registro de revisión de aparatos y sistemas y solo un 5,6% de historias que cumplen con el registro adecuado del análisis y evolución del paciente.

En la dimensión de planes terapéuticos el cumplimiento de registro se encuentra sobre el 70% por lo que no se evidencia falencias en dicho registro.

En lo que respecta a la dimensión prácticas de documentación se evidencia problemas con el registro de la codificación cie 10 con el cumplimiento adecuado del registro de solo el 38,3% del total de historias.

Finalmente, en el seguimiento y coordinación el 42,9% de las historias cuentan con registro de seguimiento subsecuente y el 40,2% de las historias cuentan con referencias para valoración por otras especialidades.

Tabla 18

Revisión de historias clínicas 2017				
			N	%
LISTA DE PROBLEMAS	Antecedentes patológico familiar del paciente	Cumple	143	**73.0**
		No cumple	53	**27.0**
	Antecedentes patológicos personales del paciente	Cumple	174	**88.8**
		No cumple	22	**11.2**
	Hábitos principales del paciente	Cumple	30	**15.3**
		No cumple	166	**84.7**
	Registra representación esquemática de la familia del paciente	Cumple	10	**5.1**
		No cumple	186	**94.9**
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Registro de signos vitales, TA y glicemia del paciente	Cumple	190	**96.9**
		No cumple	6	**3.1**
	Registro del motivo de consulta por el que acude el paciente	Cumple	196	**100.0**
		No cumple	0	**.0**
	Registro de la enfermedad actual del paciente	Cumple	186	**94.9**
		No cumple	10	**5.1**
	Registro de revisión de aparatos y sistemas	Cumple	17	**8.7**
		No cumple	179	**91.3**
	Registro de la molestia que percibe el paciente	Cumple	196	**100.0**
		No cumple	0	**.0**
	Registro de las molestias verificables al examen físico del paciente	Cumple	177	**90.3**
		No cumple	19	**9.7**
	Registro en la historia clínica del análisis médico del caso del paciente y evolución	Cumple	11	**5.6**
		No cumple	185	**94.4**
	Registro corto del plan a seguir con el paciente	Cumple	162	**82.7**
		No cumple	34	**17.3**
PLANES TERAPEUTICOS	Registro de los planes diagnósticos a realizar con el paciente	Cumple	162	**82.7**
		No cumple	34	**17.3**
	Registro de las actividades de educación realizadas al paciente	Cumple	153	**78.1**
		No cumple	43	**21.9**
		Cumple	196	**100.0**

	Registro de plan de tratamiento del paciente	No cumple	0	**.0**
	Registro de los planes de seguimiento del paciente	Cumple	139	**70.9**
		No cumple	57	**29.1**
PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN	Registro de la legibilidad de la letra en la historia clínica	Cumple	196	**100.0**
		No cumple	0	**.0**
	Uso correcto de abreviaturas permitidas	Cumple	164	**83.7**
		No cumple	32	**16.3**
	Registro de temporalidad de la atención	Cumple	177	**90.3**
		No cumple	19	**9.7**
	Registro adecuado de diagnósticos del paciente mediante codificación Cie 10	Cumple	75	**38.3**
		No cumple	121	**61.7**
	Existe correlación entre la clínica y el diagnóstico del paciente	Cumple	185	**94.4**
		No cumple	11	**5.6**
	Existe correlación entre el diagnóstico y el tratamiento del paciente	Cumple	188	**95.9**
		No cumple	8	**4.1**
SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN	Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente	Cumple	84	**42.9**
		No cumple	112	**57.1**
	Registra referencias o interconsultas pertinentes a otras especialidades	Cumple	79	**40.3**
		No cumple	117	**59.7**
	Registro de sello y firma del profesional de salud	Cumple	173	**88.3**
		No cumple	**23**	**11.7**

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Revisión año 2018

Los resultados tras la revisión de historias clínicas son los siguientes para el año 2018: del 100% de las historias clínicas un 74.5% de las mismas cumple con un registro completo de la historia clínica y un 25.5% no cumple con el registro adecuado según los parámetros establecidos.

Tabla 19

Sumatoria_variables_revisión_ 2018

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CUMPLE	146	74,5
	NO CUMPLE	50	25,5
	Total	196	100,0

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

De los datos individuales según las dimensiones establecidas en la lista de revisión de historias clínicas se evidencia que en cuanto a la lista de problemas existe falencias en el registro del familiograma establecido como registro esquemático de la familia del paciente en el cual se evidencia un cumplimiento de tan solo el 5.6% de las historias.

En la dimensión de notas de evolución se evidencian falencias con un 12.8%% de historias que cumplen con el registro de revisión de aparatos y sistemas y solo un 19.9% de historias que cumplen con el registro adecuado del análisis y evolución del paciente.

En la dimensión de planes terapéuticos observamos valores sobre el 86%, tomando en cuenta como mínimo porcentaje a la variable de registro de planes diagnósticos con un 86.2% y con un porcentaje máximo de 96.4% para la variable de registro de planes de tratamiento.

En lo que respecta a la dimensión prácticas de documentación destacamos que existe un adecuado cumplimiento del registro en cuanto a las variables legibilidad y correlación clínico-diagnóstica (100% del total de las historias) y la variable de uso de abreviaturas inadecuadas en la cual no se cumple con un adecuado registro en un 13.8% de las historias.

Finalmente, en el seguimiento y coordinación el 97.4% de las historias cuentan con registro de seguimiento subsecuente y el 14,8% de las historias cuentan con el registro de referencias para valoración por otras especialidades.

Tabla 20

	Revisión de historias clínicas 2018			
			N	%
LISTA DE PROBLEMAS	Antecedentes patológicos personales del paciente	Cumple	168	**85.7**
		No cumple	28	**14.3**
	Antecedentes patológico familiar del paciente	Cumple	173	**88.3**
		No cumple	23	**11.7**
	Hábitos principales del paciente	Cumple	163	**83.2**
		No cumple	33	**16.8**
	Registra representación esquemática de la familia del paciente	Cumple	11	**5.6**
		No cumple	185	**94.4**
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Registro de signos vitales del paciente	Cumple	189	**96.4**
		No cumple	7	**3.6**
	Registro del motivo de consulta por el que acude el paciente	Cumple	191	**97.4**
		No cumple	5	**2.6**
		Cumple	192	**98.0**

	Registro de la enfermedad actual del paciente	No cumple	4	**2.0**
	Registro de revisión de aparatos y sistemas	Cumple	25	**12.8**
		No cumple	171	**87.2**
	Registro de la molestia que percibe el paciente	Cumple	196	**100.0**
		No cumple	0	**.0**
	Registro de las molestias verificables al examen físico del paciente	Cumple	187	**95.4**
		No cumple	9	**4.6**
	Registro en la historia clínica del análisis médico del caso del paciente y evolución	Cumple	39	**19.9**
		No cumple	157	**80.1**
	Registro corto del plan a seguir con el paciente	Cumple	183	**93.4**
		No cumple	13	**6.6**
PLANES TERAPEUTICOS	Registro de los planes diagnósticos a realizar con el paciente	Cumple	169	**86.2**
		No cumple	27	**13.8**
	Registro de las actividades de educación realizadas al paciente	Cumple	183	**93.4**
		No cumple	13	**6.6**
	Registro de plan de tratamiento del paciente	Cumple	189	**96.4**
		No cumple	7	**3.6**
	Registro de los planes de seguimiento del paciente	Cumple	187	**95.4**
		No cumple	9	**4.6**
PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN	Registro de la legibilidad de la letra en la historia clínica	Cumple	196	**100.0**
		No cumple	0	**.0**
	Registro adecuado de diagnósticos del paciente mediante codificación Cie 10	Cumple	186	**94.9**
		No cumple	10	**5.1**
	Uso correcto de abreviaturas permitidas	Cumple	169	**86.2**
		No cumple	27	**13.8**
	Registro de la temporalidad de la atención	Cumple	177	**90.3**
		No cumple	19	**9.7**
		Cumple	190	**96.9**

	Existe correlación entre la clínica y el diagnóstico del paciente	No cumple	6	**3.1**
	Existe correlación entre el diagnóstico y el tratamiento del paciente	Cumple	196	**100.0**
		No cumple	0	**.0**
	Registro de sello y firma del profesional de salud	Cumple	191	**97.4**
		No cumple	5	**2.6**
SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN	Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente	Cumple	191	**97.4**
		No cumple	5	**2.6**
	Registra referencias o interconsultas pertinentes a otras especialidades	Cumple	29	**14.8**
		No cumple	**167**	**85.2**

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Revisión de historias clínicas 2019

Los resultados tras la revisión de historias clínicas son los siguientes para el año 2019: del 100% de las historias clínicas un 54.1% de las mismas cumple con un registro completo de la historia clínica y un 45.9% no cumple con el registro adecuado según los parámetros establecidos.

Tabla 21

Sumatoria_variables_revisión_ 2019

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CUMPLE	106	54,1
	NO CUMPLE	90	45,9
	Total	196	100,0

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

De los datos individuales según las dimensiones establecidas en la lista de revisión de historias clínicas se evidencia que en cuanto a la lista de problemas existe falencias en el registro de esquema de estructura familiar (familiograma) con un cumplimiento de tan solo el 4.6% de las historias.

En la dimensión de notas de evolución se evidencian falencias con un 5,6% de historias que cumplen con el registro de revisión de aparatos y sistemas y solo un 12.8% de historias que cumplen con el registro adecuado del análisis y evolución del paciente.

En la dimensión de planes terapéuticos el cumplimiento de registro se encuentra sobre el 93% por lo que no se evidencia falencias en dicho registro.

En lo que respecta a la dimensión prácticas de documentación se evidencia un adecuado registro documental con un porcentaje sobre el 92% en sus variables.

Finalmente, en el seguimiento y coordinación el 94,9% de las historias cuentan con registro de seguimiento subsecuente y el 21.4% de las historias cuentan con referencias para valoración por otras especialidades.

Tabla 22

Revisión de historias clínicas 2019

			N	%
LISTA DE PROBLEMAS	Antecedentes patológicos personales del paciente	Cumple	157	80.1
		No cumple	39	19.9
	Antecedentes patológico familiar del paciente	Cumple	175	89.3
		No cumple	21	10.7
	Hábitos principales del paciente	Cumple	171	87.2
		No cumple	25	12.8
		Cumple	9	4.6

	Registra representación esquemática de la familia del paciente	No cumple	187	95.4
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Registro de signos vitales del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro del motivo de consulta por el que acude el paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de la enfermedad actual del paciente	Cumple	186	94.9
		No cumple	10	5.1
	Registro de revisión de aparatos y sistemas	Cumple	11	5.6
		No cumple	185	94.4
	Registro de la molestia que percibe el paciente	Cumple	187	95.4
		No cumple	9	4.6
	Registro de las molestias verificables al examen físico del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro en la historia clínica del análisis médico del caso del paciente y evolución	Cumple	25	12.8
		No cumple	171	87.2
	Registro corto del plan a seguir con el paciente	Cumple	188	95.9
		No cumple	8	4.1
PLANES TERAPEUTICOS	Registro de los planes diagnósticos a realizar con el paciente	Cumple	184	93.9
		No cumple	12	6.1
	Registro de las actividades de educación realizadas al paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de plan de tratamiento del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de los planes de seguimiento del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN	Registro de la legibilidad de la letra en la historia clínica	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro adecuado de diagnósticos del paciente mediante codificación Cie 10	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
		Cumple	182	92.9

	Uso correcto de abreviaturas permitidas	No cumple	14	7.1
	Registro de la temporalidad de la atención	Cumple	188	95.9
		No cumple	8	4.1
	Existe correlación entre la clínica y el diagnóstico del paciente	Cumple	190	96.9
		No cumple	6	3.1
	Existe correlación entre el diagnóstico y el tratamiento del paciente	Cumple	192	98.0
		No cumple	4	2.0
	Registro de sello y firma del profesional de salud	Cumple	189	96.4
		No cumple	7	3.6
SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN	Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente	Cumple	186	94.9
		No cumple	10	5.1
	Registra referencias o interconsultas pertinentes a otras especialidades	Cumple	42	21.4
		No cumple	154	78.6

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Revisión de historias clínicas 2020

Los resultados tras la revisión de historias clínicas son los siguientes para el año 2020: del 100% de las historias clínicas un 75% de las mismas cumple con un registro completo de la historia clínica y un 25% no cumple con el registro adecuado según los parámetros establecidos.

Tabla 23

Sumatoria_variables_revisión_ 2020

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CUMPLE	147	75,0
	NO CUMPLE	49	25,0
	Total	196	100,0

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

De los datos individuales según las dimensiones establecidas en la lista de revisión de historias clínicas se evidencia que en cuanto a la lista de problemas existe falencias en los registros en los parámetros de registro de hábitos del paciente (solo cumple un 8.7%) y el registro de familiograma (solo cumple el 6.6%).

En la dimensión de notas de evolución se evidencian falencias con un 10.2% de historias que cumplen con el registro de revisión de aparatos y sistemas y solo un 17.3% de historias que cumplen con el registro adecuado del análisis y evolución del paciente.

En la dimensión de planes terapéuticos se evidencia que existe incumplimiento en la variable plan diagnóstico con un 12.2% de incumplimiento y en la variable plan educacional con un 4.6% de incumplimiento, el resto de las variables en esta dimensión tienen un cumplimiento del 100%.

En lo que respecta a la dimensión prácticas de registro documental se evidencia un cumplimiento mayor al 95% en todas sus variables.

Finalmente, en el seguimiento y coordinación el 97,4% de las historias cuentan con registro de seguimiento subsecuente y observamos un mayor aumento de registro de referencias e interconsultas con un valor del 41,3% del total de historias clínicas.

Tabla 24

Revisión de historias clínicas 2020

			n	%
LISTA DE PROBLEMAS	Antecedentes patológicos personales del paciente	Cumple	177	90.3
		No cumple	19	9.7
	Antecedentes patológico familiar del paciente	Cumple	186	94.9
		No cumple	10	5.1
	Hábitos principales del paciente	Cumple	17	8.7
		No cumple	179	91.3
	Registra representación esquemática de la familia del paciente	Cumple	13	6.6
		No cumple	183	93.4
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Registro de signos vitales del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro del motivo de consulta por el que acude el paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de la enfermedad actual del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de revisión de aparatos y sistemas	Cumple	20	10.2
		No cumple	176	89.8
	Registro de la molestia que percibe el paciente	Cumple	180	91.8
		No cumple	16	8.2
	Registro de las molestias verificables al examen físico del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro en la historia clínica del análisis médico del caso del paciente y evolución	Cumple	34	17.3
		No cumple	162	82.7
		Cumple	178	90.8

	Registro corto del plan a seguir con el paciente	No cumple	18	9.2
PLANES TERAPEUTICOS	Registro de los planes diagnósticos a realizar con el paciente	Cumple	172	87.8
		No cumple	24	12.2
	Registro de las actividades de educación realizadas al paciente	Cumple	187	95.4
		No cumple	9	4.6
	Registro de plan de tratamiento del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de los planes de seguimiento del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN	Registro de la legibilidad de la letra en la historia clínica	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro adecuado de diagnósticos del paciente mediante codificación Cie 10	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Uso correcto de abreviaturas permitidas	Cumple	187	95.4
		No cumple	9	4.6
	Registro de la temporalidad de la atención	Cumple	189	96.4
		No cumple	7	3.6
	Existe correlación entre la clínica y el diagnóstico del paciente	Cumple	195	99.5
		No cumple	1	.5
	Existe correlación entre el diagnóstico y el tratamiento del paciente	Cumple	190	96.9
		No cumple	6	3.1
	Registro de sello y firma del profesional de salud	Cumple	190	96.9
		No cumple	6	3.1
SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN	Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente	Cumple	191	97.4
		No cumple	5	2.6
	Registra referencias o interconsultas pertinentes a otras especialidades	Cumple	81	41.3
		No cumple	115	58.7

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Revisión de historias clínicas 2021

Los resultados tras la revisión de historias clínicas son los siguientes para el año 2021: del 100% de las historias clínicas un 60.2% de las mismas cumple con un registro completo de la historia clínica y un 39.8% no cumple con el registro adecuado según los parámetros establecidos.

Tabla 25

Sumatoria_variables_revisión_ 2021

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CUMPLE	116	59,2
	NO CUMPLE	80	40,8
	Total	196	100,0

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

De los datos individuales según las dimensiones establecidas en la lista de revisión de historias clínicas se evidencia que en cuanto a la lista de problemas existe falencias en los registros en los parámetros de registro de hábitos del paciente (solo cumple un 12.8%) y el registro de familiograma (solo cumple el 12.2%).

En la dimensión de notas de evolución se evidencian falencias con un 9.2% de historias que cumplen con el registro de revisión de aparatos y sistemas y solo un 12.2% de historias que cumplen con el registro adecuado del análisis y evolución del paciente.

En la dimensión de planes terapéuticos el cumplimiento de registro se encuentra sobre el 92.9% por lo que no se evidencia falencias en dicho registro.

En lo que respecta a la dimensión prácticas de documentación se evidencia un adecuado registro de las historias con un porcentaje mínimo de cumplimiento sobre el 87% por lo que se considera que no existen falencias en este parámetro de la historia clínica.

Finalmente, en el seguimiento y coordinación el 59,2% de las historias cuentan con registro de seguimiento subsecuente y el 68.4% de las historias cuentan con referencias para valoración por otras especialidades observándose un incremento en el registro de valoraciones por especialidad.

Tabla 26

Revisión de historias clínicas 2021

			N	%
LISTA DE PROBLEMAS	Antecedentes patológicos personales del paciente	Cumple	175	89.3
		No cumple	21	10.7
	Antecedentes patológico familiar del paciente	Cumple	153	78.1
		No cumple	43	21.9
	Hábitos principales del paciente	Cumple	25	12.8
		No cumple	171	87.2
	Registra representación esquemática de la familia del paciente	Cumple	24	12.2
		No cumple	172	87.8
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Registro de signos vitales del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro del motivo de consulta por el que acude el paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de la enfermedad actual del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de revisión de aparatos y sistemas	Cumple	18	9.2
		No cumple	178	90.8
	Registro de la molestia que percibe el paciente	Cumple	186	94.9
		No cumple	10	5.1
		Cumple	196	100.0

	Registro de las molestias verificables al examen físico del paciente	No cumple	0	.0
	Registro en la historia clínica del análisis médico del caso del paciente y evolución	Cumple	24	12.2
		No cumple	172	87.8
	Registro corto del plan a seguir con el paciente	Cumple	184	93.9
		No cumple	12	6.1
PLANES TERAPEUTICOS	Registro de los planes diagnósticos a realizar con el paciente	Cumple	182	92.9
		No cumple	14	7.1
	Registro de las actividades de educación realizadas al paciente	Cumple	195	99.5
		No cumple	1	.5
	Registro de plan de tratamiento del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de los planes de seguimiento del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
PRÁCTICAS DE DOCUMENTACIÓN	Registro de la legibilidad de la letra en la historia clínica	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro adecuado de diagnósticos del paciente mediante codificación Cie 10	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Uso correcto de abreviaturas permitidas	Cumple	171	87.2
		No cumple	25	12.8
	Registro de la temporalidad de la atención	Cumple	190	96.9
		No cumple	6	3.1
	Existe correlación entre la clínica y el diagnóstico del paciente	Cumple	189	96.4
		No cumple	7	3.6
	Existe correlación entre el diagnóstico y el tratamiento del paciente	Cumple	196	100.0
		No cumple	0	.0
	Registro de sello y firma del profesional de salud	Cumple	191	97.4
		No cumple	5	2.6
SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN	Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente	Cumple	116	59.2
		No cumple	80	40.8
		Cumple	90	45.9

	Registra referencias o interconsultas pertinentes a otras especialidades	No cumple	106	54.1

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Revisión por años del registro de historias clínicas

Luego de obtenidos los resultados individuales del registro de historias clínicas por cada año se presenta un registro del cumplimiento por años para realizar una evaluación de los cambios que ha presentado esta variable en este aspecto.

Tabla 27

Revisión de cumplimiento total de historias clínicas por años

		N	%
Sumatoria_variables_revisión_2017	CUMPLE	110	56.1
	NO CUMPLE	86	43.9
Sumatoria_variables_revisión_2018	CUMPLE	146	74.5
	NO CUMPLE	50	25.5
Sumatoria_variables_revisión_2019	CUMPLE	106	54.1
	NO CUMPLE	90	45.9
Sumatoria_variables_revisión_2020	CUMPLE	147	75.0
	NO CUMPLE	49	25.0
Sumatoria_variables_revisión_2021	CUMPLE	116	59.2
	NO CUMPLE	80	40.8

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PACIENTE CRÓNICO

En la encuesta de calidad de atención realizada a los 196 participantes se encontró que del 100% de los evaluados un 20.9% indica un nivel de calidad de atención bajo recibido por el servicio de medicina familiar del centro de salud de Cotacachi, mientras que un 19.4% de los encuestados indica que ha recibido una atención de calidad por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

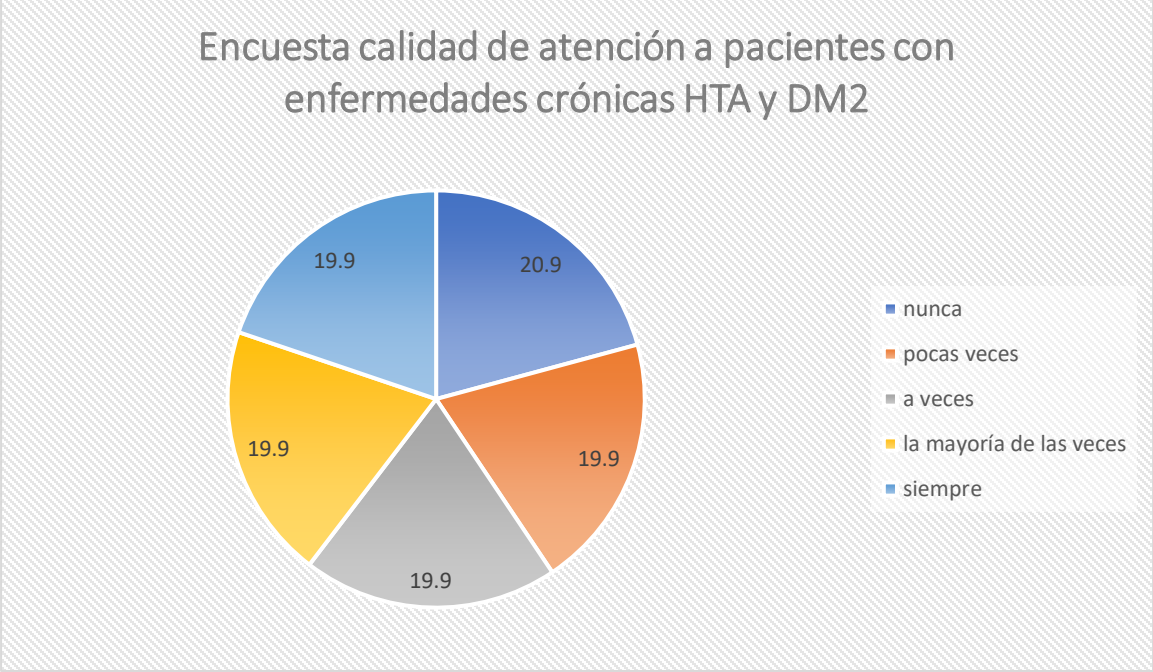
Tabla 28

Distribución de resultados de la encuesta de calidad de atención

	Frecuencia	Porcentaje
1: nunca	41	20,9
2: pocas veces	39	19,9
3: a veces	39	19,9
4: la mayoría de las veces	39	19,9
5: siempre	38	19,4
Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Ilustración 2



Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

A continuación, se muestran los resultados individuales por pregunta de la encuesta realizada.

Pregunta 1: ¿Me preguntaron sobre mis ideas a la hora de diseñar un plan de tratamiento?

Tabla 29

¿Me preguntaron sobre mis ideas a la hora de diseñar un plan de tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	97	49,5
	pocas veces	76	38,8
	a veces	13	6,6
	la mayoría de las veces	7	3,6
	Siempre	3	1,5
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 49.5% de los encuestados indica que “nunca” fue orientado en relación con un diseño conjunto de plan de tratamiento, mientras que un 1.5% de los encuestados indica que “siempre” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 2: ¿Me dieron opciones de tratamiento para que las considerara?

Tabla 30

¿Me dieron opciones de tratamiento para que las considerara?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	5	2,6
	pocas veces	15	7,7
	a veces	41	20,9
	la mayoría de las veces	101	51,5
	Siempre	34	17,3

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 51.5% de los encuestados indica que “la mayoría de las veces” le dieron opciones de tratamiento para que las considerara, mientras que un 2.6% de los encuestados indica que “nunca” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 3: ¿Me preguntaron si tenía problemas con mis medicamentos o sus efectos?

Tabla 31

¿Me preguntaron si tenía problemas con mis medicamentos o sus efectos?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	pocas veces	1	,5
	a veces	44	22,4
	la mayoría de las veces	114	58,2
	Siempre	37	18,9
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 58.2% de los encuestados indica que “la mayoría de las veces” fue consultado sobre los problemas o los efectos secundarios de sus medicamentos, mientras que un 0.5% de los encuestados indica

que “nunca” fue consultado por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 4: ¿Me entregaron una lista por escrito con las cosas que debería hacer para mejorar mi salud?

Tabla 32

¿Me entregaron una lista por escrito con las cosas que debería hacer para mejorar mi salud?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	108	55,1
	pocas veces	69	35,2
	a veces	15	7,7
	la mayoría de las veces	4	2,0
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 55.1% de los encuestados indica que “nunca” recibió una lista de las cosas que debería hacer para mejorar su salud, mientras que un 2% de los encuestados indica que “la mayoría de las veces” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 5: ¿Me sentí satisfecho porque el plan de tratamiento estaba bien organizado?

Tabla 33

¿Me sentí satisfecho porque el plan de tratamiento estaba bien organizado?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	a veces	19	9,7
	la mayoría de las veces	68	34,7
	Siempre	109	55,6
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 55.6% de los encuestados indica que “siempre” se sintió satisfecho por la organización del plan de tratamiento, mientras que un 9.7% de los encuestados indicó que “solo a veces” se sintió satisfecho por el plan de tratamiento brindado por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 6: ¿Me mostraron cómo mis acciones para cuidarme influyeron en mi estado de salud?

Tabla 34

¿Me mostraron cómo mis acciones para cuidarme influyeron en mi estado de salud?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	7	3,6
	pocas veces	123	62,8
	a veces	59	30,1
	la mayoría de las veces	7	3,6
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 62.8% indica que pocas veces le mostraron cómo sus acciones de cuidado influyeron en su estado de salud, a un 3.6% “la mayoría de las veces” le mostraron como sus acciones de cuidado influyeron en su estado de salud y un 3.6% de los encuestados indica que “nunca” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 7: ¿Me pidieron que hablara sobre mis metas respecto al cuidado de mi enfermedad?

Tabla 35

¿Me pidieron que hablara sobre mis metas respecto al cuidado de mi enfermedad?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	53	27,0
	pocas veces	120	61,2
	a veces	22	11,2
	la mayoría de las veces	1	,5
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 61.2% indicó que “pocas veces” le pidieron que hablara sobre sus metas respecto al cuidado de su enfermedad, mientras que un 0.5% de los encuestados indica que “la mayoría de las veces” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 8: ¿Me ayudaron a establecer objetivos específicos para mejorar mi alimentación o actividad física?

Tabla 36

¿Me ayudaron a establecer objetivos específicos para mejorar mi alimentación o actividad física?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	pocas veces	5	2,6
	a veces	26	13,3
	la mayoría de las veces	32	16,3
	Siempre	133	67,9
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 67.9% indicó que “siempre” le ayudaron a establecer objetivos específicos para mejorar su alimentación o actividad física, mientras que un 2.6% de los encuestados indicó que “pocas veces” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 9: ¿Me entregaron una copia de mi plan de tratamiento?

Tabla 37

¿Me entregaron una copia de mi plan de tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	3	1,5
	pocas veces	46	23,5
	a veces	124	63,3
	la mayoría de las veces	23	11,7

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 63.3% indicó que “a veces” le entregaron una copia de su plan de tratamiento, mientras que un 1.5% de los encuestados indicó que “nunca” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 10: ¿Me alentaron a asistir a una clase o grupo en particular para que pudiera convivir mejor con mi enfermedad crónica?

Tabla 38

¿Me alentaron a asistir a una clase o grupo en particular para que pudiera convivir mejor con mi enfermedad crónica?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	114	58,2
	pocas veces	75	38,3
	a veces	5	2,6
	la mayoría de las veces	2	1,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 58.2% indicó que “nunca” fue alentado a asistir a una clase o grupo en particular para que pudiera convivir mejor con su enfermedad crónica, mientras que un 1% de los encuestados indica que “la mayoría de las veces” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 11: ¿Me hicieron preguntas, ya sea directas o en forma de encuesta, ¿sobre mis hábitos relacionados con la salud?

Tabla 39

¿Me hicieron preguntas, ya sea directas o en forma de encuesta, ¿sobre mis hábitos relacionados con la salud?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	pocas veces	21	10,7
	a veces	27	13,8
	la mayoría de las veces	31	15,8
	Siempre	117	59,7
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 59.7% indicó que siempre le hicieron preguntas, directas o en forma de encuesta, sobre sus hábitos relacionados con la salud, mientras que un 10.7% de los encuestados indicó que pocas veces recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 12: ¿Estoy seguro/a que mi médico o la enfermera(o) tomaban en cuenta mis valores, creencias y tradiciones cuando me recomendaron algún tratamiento?

Tabla 40

¿Estoy seguro/a que mi médico o la enfermera(o) tomaban en cuenta mis valores, creencias y tradiciones cuando me recomendaron algún tratamiento?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	13	6,6
	pocas veces	135	68,9
	a veces	35	17,9
	la mayoría de las veces	13	6,6
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 68.9% indicó que pocas veces estuvo seguro de que su médico o enfermera tomaban en cuenta sus valores, creencias y tradiciones cuando le recomendaban algún tratamiento, un 6.6% nunca consideró esta opción, mientras que un 6.6% de los encuestados indicó la mayoría de las veces consideró esta opción por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 13: ¿Me ayudaron a para diseñar un plan de tratamiento que pudiera llevar a cabo en mi vida diaria?

Tabla 41

¿Me ayudaron a para diseñar un plan de tratamiento que pudiera llevar a cabo en mi vida diaria?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	17	8,7
	pocas veces	31	15,8
	a veces	141	71,9
	la mayoría de las veces	7	3,6
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 71.9% indicó que a veces le ayudaron a diseñar un plan de tratamiento que pudiera llevar a cabo en su vida diaria, mientras que un 3.6% de los encuestados indicó que la mayoría de las veces recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 14: ¿Me ayudaron a planificar con anticipación, de modo que pudiera cuidar mi salud incluso en tiempos difíciles?

Tabla 42

¿Me ayudaron a planificar con anticipación, de modo que pudiera cuidar mi salud incluso en tiempos difíciles?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	9	4,6
	pocas veces	131	66,8
	a veces	49	25,0
	la mayoría de las veces	7	3,6
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 66.8% indicó que “pocas veces” le ayudaron a planificar con anticipación su cuidado en tiempos difíciles, mientras que un 3.6% de los encuestados indicó que “la mayoría de las veces” recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 15: ¿Me preguntaron cómo mi enfermedad crónica ha afectado mi vida?

Tabla 43

¿Me preguntaron cómo mi enfermedad crónica ha afectado mi vida?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	139	70,9
	pocas veces	15	7,7
	a veces	42	21,4
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 70.9% indicó que nunca le preguntaron cómo su enfermedad ha afectado su vida, mientras que un 7.7% de los encuestados indicó que pocas veces recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 16: ¿Me contactaron después de una consulta para saber cómo estaba?

Tabla 44

¿Me contactaron después de una consulta para saber cómo estaba?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	6	3,1
	pocas veces	40	20,4
	a veces	129	65,8
	la mayoría de las veces	9	4,6
	Siempre	12	6,1
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 65.8% indicó que a veces le contactaron después de una consulta para saber cómo estaba, mientras que un 3.1% de los encuestados indicó que nunca fue contactado por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 17: ¿Me alentaron a participar en programas dentro de la comunidad que me podrían ayudar?

Tabla 45

¿Me alentaron a participar en programas dentro de la comunidad que me podrían ayudar?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	114	58,2
	pocas veces	75	38,3
	a veces	5	2,6
	la mayoría de las veces	2	1,0
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 58.2% indicó que nunca le alentaron a participar en programas dentro de la comunidad que le podrían ayudar, mientras que un 1% de los encuestados indicó que la mayoría de las veces recibió dicha guía por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta18: ¿Me derivaron a ver a un nutricionista u otro profesional de la salud?

Tabla 46

¿Me derivaron a ver a un nutricionista u otro profesional de la salud?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	10	5,1
	pocas veces	17	8,7
	a veces	104	53,1
	la mayoría de las veces	45	23,0
	Siempre	20	10,2
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 53.1% indicó que a veces fue derivado con un nutricionista u otro profesional de salud, mientras que un 5.1% de los encuestados indicó que nunca fue derivado por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 19: ¿Me hablaron sobre los beneficios para mi tratamiento que tuvo la consulta con otros especialistas, como un oftalmólogo?

Tabla 47

¿Me hablaron sobre los beneficios para mi tratamiento que tuvo la consulta con otros especialistas, como un oftalmólogo?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	29	14,8
	pocas veces	28	14,3
	a veces	139	70,9
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 70.9% indicó que a veces le hablaron sobre los beneficios para su tratamiento que tuvo la consulta con otros especialistas, mientras que un 14.8% de los encuestados indicó que nunca se habló de este tema por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

Pregunta 20: ¿Me preguntaron cómo me estaba yendo en las consultas con otros médicos?

Tabla 48

¿Me preguntaron cómo me estaba yendo en las consultas con otros médicos?

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	nunca	41	20,9
	pocas veces	131	66,8
	a veces	24	12,2
	Total	196	100,0

Fuente: Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: del 100% de los evaluados un 66.8% indicó que pocas veces le preguntaron cómo le estaba yendo en las consultas con otros médicos, mientras que un 12.2% de los encuestados indicó que a veces le hubo esta inquietud por parte del servicio de medicina familiar y comunitaria en el centro de salud Anidado Cotacachi.

RELACIÓN ENTRE REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

Se realizo el cruce de variables para medir el cumplimiento del registro adecuado de historias clínicas con la percepción de la calidad de atención de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Tabla 49

Tabla cruzada Sumatoria_revisión_historias_2021*Sumatoria total encuesta de calidad de atención

			Sumatoria total encuesta de calidad de atención					
			NUNCA	POCAS VECES	A VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE	Total
Sumatoria revisión historias clínicas 2021	CUMPLE	Recuento	23	19	28	26	20	116
		% del total	11,7%	9,7%	14,3%	13,3%	10,2%	59,2%
	NO CUMPLE	Recuento	18	20	11	13	18	80
		% del total	9,2%	10,2%	5,6%	6,6%	9,2%	40,8%
		% del total	20,9%	19,9%	19,9%	19,9%	19,4%	100,0 %

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi y Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Interpretación: De los resultados se puede observar que existe un 59.2% de las historias que cumple con el registro de las historias clínicas vs un 40.8% que no cumple con un registro adecuado, al cruzar estos resultados se observa que el valor más alto en relación con la encuesta y que cumple con el adecuado registro es “a veces” con un 14.3% del total de la población, y como valor inferior de los resultados un 9.7% de la población respondió “pocas veces” a la encuesta.

Los resultados en cuanto al recuento esperado de cumplimiento son muy cercanos a este objetivo en la mayoría de las opciones de la encuesta.

Tabla 50

Pruebas de chi-cuadrado
Sumatoria_revisión_historias_2021*Sumatoria total encuesta de calidad de atención

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,960	4	,093
Razón de verosimilitud	7,945	4	,094
Asociación lineal por lineal	,430	1	,512
N de casos válidos	196		

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi y Encuesta de percepción de calidad de atención de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

La prueba del Chi-cuadrado arroja un valor de 0.093 que indica que existe relación de significancia entre el registro documental y la calidad de atención, con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS Y EL SEGUIMIENTO SUBSECUENTE Y CONTROL ADECUADO DEL PACIENTE

Se realizó el cruce de variables para verificar la relación entre el diagnóstico del paciente y el registro de seguimiento subsecuente y control del paciente obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 51

Diagnóstico del paciente * Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente

			Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente		Total
			Cumple	No cumple	
Diagnóstico del paciente	Diabetes mellitus 2	Recuento	23	55	78
		% del total	11,7%	28,1%	39,8%
	Hipertensión arterial	Recuento	31	48	79
		% del total	15,8%	24,5%	40,3%
	Diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial	Recuento	17	22	39
		% del total	8,7%	11,2%	19,9%
Total		Recuento	71	125	196
		% del total	36,2%	63,8%	100,0%

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Elaborado por Fernando Segovia

Se obtiene como resultado que existe una relación de significancia entre el diagnóstico del paciente y el seguimiento de este con un valor de Chi-cuadrado de 0.252, la tabla indica que se realiza mejor seguimiento y control a los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que a los otros pacientes con una sola patología y que la población con menores seguimientos es la que presenta DM2.

Tabla 52

Pruebas de chi-cuadrado Diagnóstico del paciente * Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,759	2	,252
Razón de verosimilitud	2,782	2	,249
Asociación lineal por lineal	2,604	1	,107

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Al cruzar las variables de género con el registro del seguimiento y control subsecuente del paciente se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 53

Genero * registro de seguimiento y control subsecuente del paciente

			Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente		
			Cumple	No cumple	Total
Genero del paciente	Hombre	Recuento	28	40	68
		% del total	14,3%	20,4%	34,7%
	Mujer	Recuento	43	85	128
		% del total	21,9%	43,4%	65,3%
Total		Recuento	71	125	196
		% del total	36,2%	63,8%	100,0%

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Se encontró que el cumplimiento de seguimiento y control subsecuente es mejor en los hombres que en las mujeres y que en general las mujeres son las que tienen un menor control y seguimiento subsecuente.

Tabla 54

Prueba del Chi-cuadrado Genero * registro de seguimiento y control subsecuente del paciente

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,105	1	,293
Corrección de continuidad	,801	1	,371
Razón de verosimilitud	1,097	1	,295
Asociación lineal por lineal	1,100	1	,294

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

Sobre la relación entre el rango de edad con el registro de seguimiento y control subsecuente del paciente se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 55

Rango de edad * registro de seguimiento y control subsecuente del paciente

			Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente		
			Cumple	No cumple	Total
Rango por edades del paciente	18 a 64 años	Recuento	29	46	75
		% del total	14,8%	23,5%	38,3%
	65 a 75 años	Recuento	18	34	52
		% del total	9,2%	17,3%	26,5%
	> de 75 años	Recuento	24	45	69
		% del total	12,2%	23,0%	35,2%
Total		Recuento	71	125	196

	% del total	36,2%	63,8%	100,0%

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Elaborado por Fernando Segovia

Existe mayor cumplimiento del registro de seguimiento y control subsecuente del paciente en los pacientes con un rango de edad entre los 65 a 75 años, el control se incumple más en los pacientes mayores de 75 años.

Tabla 56

Prueba de Chi-cuadrado Rango de edad * registro de seguimiento y control subsecuente del paciente

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,314	2	,855
Razón de verosimilitud	,313	2	,855
Asociación lineal por lineal	,239	1	,625
N de casos válidos	196		

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi

Elaborado por Fernando Segovia

Tras realizar la prueba del Chi-cuadrado se encontró que no existe relación de significancia entre el rango de edad y el seguimiento y control del paciente con un valor de 0.855.

Sobre la relación entre la instrucción y el seguimiento subsecuente y control del paciente se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 57

Nivel de instrucción * Registro de seguimiento y control subsecuente del paciente

			Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente		
			Cumple	No cumple	Total
Nivel de instrucción del paciente	Analfabeta	Recuento	6	14	20
		% del total	3,1%	7,1%	10,2%
	Primaria	Recuento	51	91	142
		% del total	26,0%	46,4%	72,4%
	Secundaria	Recuento	13	16	29
		% del total	6,6%	8,2%	14,8%
	Superior	Recuento	1	4	5
		% del total	0,5%	2,0%	2,6%
Total		Recuento	71	125	196
		% del total	36,2%	63,8%	100,0%

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Elaborado por Fernando Segovia

No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y el registro de seguimiento y control subsecuente del paciente con un resultado de Chi-cuadrado de 0.606.

Tabla 58

Pruebas de chi-cuadrado Nivel de instrucción * Registro de seguimiento y control subsecuente del paciente

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,840	3	,606
Razón de verosimilitud	1,879	3	,598
Asociación lineal por lineal	,287	1	,592
N de casos válidos	196		

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

En relación entre el estado civil y el seguimiento y control subsecuente se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 59

Estado civil * registro del seguimiento y control subsecuente del paciente

			Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente		
			Cumple	No cumple	Total
Estado civil del paciente	soltero	Recuento	4	7	11
		% del total	2,0%	3,6%	5,6%
	casado	Recuento	47	84	131
		% del total	24,0%	42,9%	66,8%
	divorciado	Recuento	7	12	19
		% del total	3,6%	6,1%	9,7%
	viudo	Recuento	7	16	23
		% del total	3,6%	8,2%	11,7%
	unión libre	Recuento	6	6	12
		% del total	3,1%	3,1%	6,1%
Total		Recuento	71	125	196
		% del total	36,2%	63,8%	100,0%

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Elaborado por Fernando Segovia

Es relevante destacar que la prueba del Chi-cuadrado en respecto a esta relación es 0.856, por lo cual no existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el seguimiento y control subsecuente del paciente.

Tabla 60

Pruebas de chi-cuadrado Estado civil * registro del seguimiento y control subsecuente del paciente

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,329	4	,856
Razón de verosimilitud	1,300	4	,861
Asociación lineal por lineal	,131	1	,717
N de casos válidos	196		

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Elaborado por Fernando Segovia

Se realizo la correlación entre la autoidentificación y el registro del seguimiento y control subsecuente del paciente y arrojó los siguientes resultados:

Tabla 61

Autoidentificación étnica del paciente * registro del seguimiento y control subsecuente del paciente

			Existe registro del seguimiento y control subsecuente del paciente		
			Cumple	No cumple	Total
Autoidentificación étnica del paciente	Indígena	Recuento	24	46	70
		% del total	12,2%	23,5%	35,7%
	Mestizo	Recuento	45	74	119
		% del total	23,0%	37,8%	60,7%
	Blanco	Recuento	2	2	4
		% del total	1,0%	1,0%	2,0%
	afroecuatoriano	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	1,0%	1,0%
	Mulato	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	0,5%	0,5%
		% del total	36,2%	63,8%	100,0%

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.

Elaborado por Fernando Segovia

La prueba del Chi-cuadrado corresponde a un valor de 0.685 lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la etnia y el seguimiento y control subsecuente del paciente.

Tabla 62

Pruebas de chi-cuadrado Autoidentificación étnica del paciente * registro del seguimiento y control subsecuente del paciente

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson n	2,277	4	,685
Razón de verosimilitud	3,259	4	,515
Asociación lineal por lineal	,138	1	,711

N de casos válidos	196		

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

De la relación entre la profesión del paciente y el registro del seguimiento y control subsecuente del paciente se obtuvieron los siguientes resultados:

Se obtuvo un valor de la prueba del Chi-cuadrado de 0.596 que nos indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la profesión y el seguimiento y control subsecuente del paciente.

Tabla 63

Pruebas de chi-cuadrado Profesión del paciente * registro del seguimiento y control subsecuente del paciente

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,599	6	,596
Razón de verosimilitud	4,591	6	,597
Asociación lineal por lineal	,242	1	,622
N de casos válidos	196		

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

La relación entre el ingreso mensual y el seguimiento y control subsecuente del paciente refleja los siguientes resultados:

El resultado de la prueba de Chi-cuadrado indica que no existe relación estadísticamente significativa entre el ingreso mensual del paciente y el seguimiento y control subsecuente del paciente con un valor de 0.770.

Tabla 63

Pruebas de chi-cuadrado Ingreso mensual * registro seguimiento y control subsecuente del paciente

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,813	4	,770
Razón de verosimilitud	1,797	4	,773
Asociación lineal por lineal	,001	1	,971
N de casos válidos	196		

Fuente: Base de datos de revisión de historias clínicas de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 que acuden al Centro de Salud Anidado Cotacachi.
Elaborado por Fernando Segovia

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio aportan información sobre la influencia de la calidad de atención percibida por el paciente y algunos aspectos del registro de las historias clínicas realizados en el Centro de Salud Anidado Cotacachi durante enero del año 2017 hasta enero del año 2021, dicho centro de salud ofrece cobertura sanitaria al cantón Cotacachi dividido en parroquias urbanas y rurales y conformado por población indígena en su mayoría, mestiza y blanca.

En el Centro de salud Anidado Cotacachi existe una población de pacientes con diabetes mellitus 2 que se encuentra alrededor del 39,8%, los pacientes con hipertensión están en el 40,3% y existe un 19,9% de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial. Existe un total de 31.6% de hombres y un 68.4% de mujeres con cuadro de hipertensión arterial datos que a pesar de no ser similares concuerdan con (NCD Risk Factor collaboration, 2017) que mencionan que hay una mayor prevalencia de población femenina con hipertensión arterial. Los resultados de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 reflejan un 39.7% de hombres con esta patología y 60.3% de mujeres con esta patología lo cual indica que existe una mayor prevalencia de casos de diabetes en la población femenina, (Ministerio de Salud Pública, 2017) menciona que existe una prevalencia alta en mujeres observada durante los últimos años, lo que explicaría el mayor número de casos de pacientes femeninas con esta patología.

El estudio muestra que aproximadamente el 61.7% de la población sobre pasa los 64 años lo que se relaciona con lo que se mencionado por (Freire, y otros, 2012), que indican incremento de prevalencia de enfermedad crónica a mayor edad de la población.

En cuanto a la etnia de la población se encontró que el centro de salud Anidado Cotacachi el 60.7% de población es mestiza y el 35.7% de la población es indígena, lo cual se puede explicar por tratarse de una población que no acude comúnmente a los controles de salud.

La evaluación de la profesión de la población en estudio permite destacar que existe un mayor número de amas de casa (32.7%) y artesanos (23.5%), que se pueden relacionar con las características propias de la población de Cotacachi en la cual existe un gran número de pobladores indígenas y que sobresalen por su gran capacidad en la manufactura del cuero.

En cuanto al ingreso mensual de nuestra población encontramos un número elevado de personas que perciben un salario menor al sueldo básico (34.2%), el 18.4% recibe un salario básico y un 11.7% no percibe un sueldo.

Los resultados tras la revisión de historias clínicas para el año 2017 arrojaron un cumplimiento del 56.1%, durante este año se evidencian una buena calidad de llenado en los parámetros de planes terapéuticos con un valor sobre el 70.9% y las falencias se observaron en el parámetro de hábitos del paciente con 84.7% de incumplimiento y registro de familiograma con un 94.9% de incumplimiento; lo que concuerda con resultados obtenidos en un estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo realizado en el 2015 en Perú en el cual se obtuvieron resultados favorables en el

llenado de tratamiento o planes terapéuticos de 84% y falencias en los hábitos del paciente con un resultado de 72.9%. (Quispe-Juli, 2016)

Al realizar la comparación de este resultado con el año 2021 en el cual tenemos un porcentaje de cumplimiento de 59.2%; destacan el cumplimiento en el registro de los planes terapéuticos con un mínimo de 92.9%, se encontraron falencias por incumplimiento en el registro de los hábitos clínicos (87.2%) y el registro del esquema familiar del paciente (87.8%); estos datos a su vez se acercan a los datos obtenidos en el estudio de (Quispe-Juli, 2016), que reflejan cumplimiento de 84% en plan terapéutico y falencias en hábitos del paciente con un incumplimiento de 72.9%.

Además, los resultados obtenidos indican que la percepción de la calidad de atención es deficiente con un valor para la respuesta “nunca” del 20.9%, datos que no se asemejan a los obtenidos en el estudio de Adrián, 2017, en el que se evaluó la calidad de los cuidados recibidos y la percepción del paciente crónico sobre su enfermedad, realizado en Pamplona – España en una población de pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas no transmisibles, en el cual, el resultado fue la media “a veces”, y reflejó que la calidad de atención es mejor de acuerdo con el número de patologías y la situación de cada paciente y recomienda poner mayor atención en la educación del paciente sobre su enfermedad para mejorar la calidad de atención.

Como dato relevante destacamos que en el mencionado estudio se concluye que la dimensión de “activación del paciente” se encontró como parámetro deficiente de la encuesta, sin embargo; en los pacientes de la comunidad de Cotacachi los

resultados en este parámetro solo son inferiores en la primera variable sobre “ideas del paciente para diseño de plan terapéutico” (nunca=49.5%), los puntos deficientes en este trabajo se encuentran en “la consejería para la participación en programas dentro de la comunidad” (nunca=58.2%), “¿cómo la enfermedad afecta la vida del paciente?” (nunca=70.9%), “apoyo para asistir a una clase o grupo de apoyo para convivir con la enfermedad” (nunca=58.2%) y la variable “me entregaron una lista por escrito con las cosas para mejorar la salud” (nunca=55.1%).

LIMITACIONES

La encuesta de donde provienen los datos de la presente investigación nos brinda resultados redundantes en algunos parámetros; además, las respuestas de los encuestados parecen estar orientadas a la pandemia actual en la cual existe dificultades en el sistema de salud y podrían alterar los resultados por problemas en cuanto a seguimientos y referencias a especialidades médicas.

Existe un número importante de historias clínicas que a partir del año 2019 se han ingresado a un sistema digital en el cual no se logra cumplir con el registro completo de la historia clínica planteada en el siguiente estudio.

Sería adecuado realizar el estudio en una situación de salud libre de pandemia debido a que se constituyó en un limitante en la atención y tratamiento de los pacientes, por falta de personal y falta de insumos para el seguimiento y control. Además, existieron dificultades en la recolección de información por el temor de los usuarios al contagio.

CAPÌTULO VI

CONCLUSIONES

En los resultados encontrados en este estudio, el registro de las historias clínicas en el año 2017 muestra una evolución fluctuante, podemos notar que en dichos registros por año existen datos en los que se evidencia una notable evolución en la calidad documental.

Partiendo de un cumplimiento del registro adecuado de historias clínicas en el 2017 de 56.1%, se evidencia que durante el año 2018 el cumplimiento del registro 74.5% que indica un mejor registro de la historia clínica.

Durante el año 2019 se evidencia que solo un 54.1% de las historias clínicas cumplen con un adecuado registro lo que indica un descenso en la calidad de este, en el año 2020 se evidencia un cumplimiento del 75% que es mayor al resultado del 2019 y finalmente en el mes de enero de 2021 se evidencia un cumplimiento del registro en un valor del 59.2% que a pesar de haber disminuido muestra un ligero aumento porcentual en relación con el año 2017.

Las falencias en el llenado de la historia se evidencian durante todos los años en los siguientes parámetros de la historia clínica, que se ordenan según su frecuencia: “registro de esquema familiar (familiograma)”, “registro de hábitos principales del paciente” y “registro de revisión de aparatos y sistemas”.

La encuesta de calidad de atención percibida por los pacientes obtuvo resultados divididos; sin embargo, las preguntas obtuvieron un 20.9% de respuestas negativas (“nunca”) frente a la percepción de trabajo del profesional. Lo que indica que existe una mala percepción de calidad de la atención.

Existe influencia importante entre el diagnóstico y el género de los pacientes sobre el seguimiento y control de sus patologías como parte del tratamiento.

No existe influencia entre los factores socioeconómicos (instrucción, ocupación e ingreso económico) sobre el seguimiento y control subsecuente de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda ejecutar un plan de capacitación al personal sanitario en el registro documental que tome como ítems importantes e indispensables por ejemplo al familiograma, análisis clínico y documental los cuales son necesarios para el seguimiento y control de las patologías.

Se recomienda elaborar un plan de mejora de la calidad de atención en pacientes con enfermedades crónicas que involucre los puntos débiles encontrados en esta investigación, que se enfoque en conocimiento de la enfermedad y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Es necesario dar un mayor seguimiento a los puntos bajos de la revisión clínica de la presente investigación, mediante un control interno sobre el personal médico.

BIBLIOGRAFÍA

Adrián, A. L. (2017). PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD Y CUIDADOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE CRÓNICO.

American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care.

Andrade, E., Mendoza, O., & Terán, C. (2016). Calidad de la atención en salud, adaptabilidad familiar y calidad de vida de personas adultas con diabetes tipo 2 usuarias del centro de salud san Cristóbal de la ciudad de Portoviejo", durante el período de septiembre a diciembre del año 2016. disertación previa a la obtención del título de especialista en medicina familiar y comunitaria.

Asociación Americana de Diabetes. (2020). Estándares de atención médica en diabetes. Diabetes Care.

Barrios, M. (junio de 2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011

Burrello, J., Monticone, S., Buffolo, F., Tetti, M., Veglio, F., Williams, T. A., & Mulatero, P. (2017). ¿Tiene un papel la genómica en el tratamiento de la hipertensión? International Journal of Molecular Sciences.

Cantale, C. (2003). Historia clínica orientada en problemas. Universidad del sur de california.

Cruz-Serrano N.I., B.-A. A.-S.-M. (2021). Factores de riesgo cardiovascular en población indígena y mestiza, en Chiapas. Revista Salud Pública y Nutrición.

Díaz, I. P. (2016). Diabetes mellitus. Gac Med Mex.

Ecuador, M. d. (2007). Expediente único para la historia clínica.

Freire, W., Luzuriaga, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva-Jaramillo, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2012). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012.

Gibbons, C. S. (2017). La Evaluación del Paciente de la Atención de Enfermedades Crónicas produce mediciones en una sola dimensión: los resultados de un análisis de Mokken. Gibbons, CJ, Small, N., Rick, J., Burt, J., Hann, M. y Bower, P. (2017). La Evaluación del Paciente de la Atención de Enfermedades Crónicas Resultados de salud y calidad de vida.

Hall, J. (2016). Guyton y Hall Tratado de Fisiología Médica. Elsevier.

Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, L., & Loscalzo, J. (2016). Harrison Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill.

Ministerio de Salud Pública. (2017). Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes mellitus tipo 2. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

Ministerio de Salud Pública. (2019). Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización.

Narváez, G., & Chávez, E. (2014). Aplicabilidad de las competencias del médico familiar en la ejecución de visitas domiciliarias en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas dependientes del seguro social del centro de atención ambulatoria de Cotocollao enero- diciembre de 2014. 21.

NCD Risk Factor collaboration. (2017). Worldwidetrends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lanced.

Nerenberg, K. A., Zarnke, K. B., Leung, A. A., Dasgupta, K., Butalia, S., McBrien, K., . . . Tremblay, G. (2018). Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Elsevier.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Organización Mundial de la Salud. (2019). Hipertensión. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Organización Mundial de la Salud. (2020). Diabetes. Obtenido de Organización Mundil de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Enfermedades no transmisibles. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%2C%20enfermedades%20no%20transmisibles,y%20cuidados%20a%20largo%20plazo.

Padwal, R., Campbell, N. R., Schutte, A. E., Olsen, M. H., Delles, C., Etyang, A., . . . Sharma, J. E. (2020). Optimización del desempeño del observador al medir la

presión arterial en el consultorio: declaración de posición de la Comisión Lancet de Hipertensión. Revista Panamericano de Salud Pública.

Paneni, F., Beckman, J. A., Creager, M. A., & Cosentino, F. (2013). Diabetes y enfermedad vascular: fisiopatología, consecuencias clínicas y terapia médica: parte I. Revista europea del corazón.

Quispe-Juli, C. U.-N.-C.-M.-A. (2016). Características del registro de historias clínicas en un hospital al sur del Perú. Horizonte médico.

Rivera, K. (2019). Competencias que se encuentran desarrollando los graduados de la primera cohorte de medicina familiar y comunitaria del convenio-Ministerio de Salud Pública. Obtenido de: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16884/TESIS%20COMPETENCIAS%20M%C3%89DICOS%20FAMILIARES%20SEDE%20QUITO-IBARRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Romero, E., Contreras, D., & Cantú, G. (2019). CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DESDE UN PUNTO DE VISTA BIOÉTICO EN UN HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DE CIUDAD DE MÉXICO. Acta Bioética.

Romero, N., Díaz, R., Tinoco, E., & Valle, M. (2006). La medicina familiar en el Ecuador. La medicina familiar en América latina.

Sarafidis, P. A., & Lasaridis, P. I. (2010). Diuréticos en la práctica clínica. Parte I: mecanismos de acción, efectos farmacológicos e indicaciones clínicas de los compuestos diuréticos. Expert Opin Drug Saf.

Serra, M. (2016). Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. Finlay.

Velito, A., & Tejada, S. (2010). La historia clínica como un instrumento de calidad. Curso anual de auditoria medica hospital Alemán.

Vicente, V. C. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años perspectiva mundial y europea. Asociación de Medicina Familiar.

Wagner-Grau, P. (2010). Fisiopatología de la hipertensión arterial. An Fac med.

Whelton, P. K., Carey, R. M., Jr, D. E., Himmelfarb, C. D., Gidding, S., Jamerson, K. A., . . . Taler, S. J. (2018). 2017 ACC / AHA / AAPA / ABC / ACPM / AGS / APhA / ASH / ASPC / NMA / PCNA Directriz para la prevención, detección, evaluación y manejo de la presión arterial alta en adultos: informe del American College of Cardiology / AHA Heart sobre GPC. Elsevier.

Wile, D. (2012). Diuretics: a review. Annals of Clinical Biochemistry.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M., . . . Zanchetti, A. (2018). Guía ESC / ESH 2018 para el manejo de la hipertensión arterial. OXFORD ACADEMIC.

Wright, J. M., Musini, V. M., & Gill, R. (2018). Fármacos de primera línea para la hipertensión. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas.

Zavala, A., & Fernández, E. (2018). Diabetes mellitus tipo 2 en el Ecuador: revisión epidemiológica. Mediciencia UTA.

ANEXOS

RECURSOS HUMANOS

Se requerirá del autor para la recolección de datos, realización de encuestas, procesamiento de datos y elaboración del informe final.

Residente de posgrado de medicina familiar 1

Directora de la tesis 1

RECURSOS DE OFICINA:

Base de datos en tablas de Excel

Hojas de papel

Esferográficos

Internet

Computador portátil

Calculadora

Corrector

Grapadora

Perforadora

Clips

Recursos bibliográficos

RECURSOS ECONÓMICOS:

Tabla 64

RECURSO	VALOR
COPIAS	50
IMPRESIONES	100
MATERIAL DE AYUDA	60
INTERNET	30
MOVILIZACION	120
MEMORIA FLASH	15
TOTAL	375

Elaborado por: Fernando Segovia

ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA PERCEPCION DE CALIDAD

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA PERCEPCION DE CALIDAD

TÍTULO DE LA INVESTIGACION:

“ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES, VALORADOS EN EL CENTRO DE SALUD ANIDADO

COTACACHI, SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR EXPRESADOS EN EL REGISTRO DE INFORMACIÓN COMO PARTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2017 A ENERO 2021”

Autor: Dr. Fernando Javier Segovia Guerra estudiante de tercer año de la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria

Objetivo de la encuesta: Evaluación de la calidad de atención percibida por el paciente con Enfermedades Crónicas

Nombre del participante:

Fecha:

Evaluación del Paciente de la Atención Enfermedades Crónicas					
Ítems	Nunca	Pocas veces	A veces	La mayoria de las veces	Siempre
1. Me preguntaron sobre mis ideas a la hora de diseñar un plan de tratamiento					
2. Me dieron opciones de tratamiento para que las considerara					

3. Me preguntaron si tenía problemas con mis medicamentos o sus efectos					
4. Me entregaron una lista por escrito con las cosas que debería hacer para mejorar mi salud					
5. Me sentí satisfecho porque el plan de tratamiento estaba bien organizado					
6. Me mostraron cómo mis acciones para cuidarme influyeron en mi estado de salud					
7. Me pidieron que hablara sobre mis metas respecto al cuidado de mi enfermedad					
8. Me ayudaron a establecer objetivos específicos para mejorar mi alimentación o actividad física					
9. Me entregaron una copia de mi plan de tratamiento					

10. Me alentaron a asistir a una clase o grupo en particular para que pudiera convivir mejor con mi enfermedad crónica					
11. Me hicieron preguntas, ya sea directas o en forma de encuesta, sobre mis hábitos relacionados con la salud					
12. Estoy seguro/a que mi médico o la enfermera(o) tomaban en cuenta mis valores, creencias y tradiciones cuando me recomendaron algún tratamiento					
13. Me ayudaron a para diseñar un plan de tratamiento que pudiera llevar a cabo en mi vida diaria					
14. Me ayudaron a planificar con anticipación, de modo que pudiera cuidar mi salud incluso en tiempos difíciles					

15. Me preguntaron cómo mi enfermedad crónica ha afectado mi vida					
16. Me contactaron después de una consulta para saber cómo estaba					
17. Me alentaron a participar en programas dentro de la comunidad que me podrían ayudar					
18. Me derivaron a ver a un nutricionista u otro profesional de la salud					
19. Me hablaron sobre los beneficios para mi tratamiento que tuvo la consulta con otros especialistas, como un oftalmólogo					
20. Me preguntaron cómo me estaba yendo las consultas con otros médicos					

Firma del participante:

FUENTE: Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario “Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas para pacientes”, 2017

CHEK LIST DE LA EVALUACION DEL LA HCL

CHECK LIST HISTORIA CLÍNICA **Número de historia clínica:** **Diagnóstico:**					
BASE DE DATOS					
	Hombre		Mujer		
Sexo					
	<18 años	18años a 64años	65 años a 75 años	Mayores de 75 años	
Rango de Edad					
	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior	
Nivel de instrucción					
	Soltero	Casado	Unión libre	Viudo	Divorciado
Estado Civil					
	Blanco	Mestizo	Indígena	Montuvio	Afroecuatoriano
Autoidentificación					
	Si cumple		No cumple		

Ocupación		
	Si cumple	No cumple
Ingreso mensual		
	Si cumple	No cumple
Bono		
	Si cumple	No cumple
Antecedentes patológicos personales		
	Si cumple	No cumple
Antecedentes patológicos familiares		
	Si cumple	No cumple
Hábitos		
	Si cumple	No cumple
Familiograma		
	Si cumple	No cumple
Signos vitales/ toma de TA/ glicemia capilar		
	Si cumple	No cumple

Motivo de consulta		
	Si cumple	No cumple
Enfermedad actual		
	Si cumple	No cumple
Revisión de aparatos y sistemas		
	Si cumple	No cumple
Subjetivo		
	Si cumple	No cumple
Objetivo		
	Si cumple	No cumple
Análisis		
	Si cumple	No cumple
Planes		
	Si cumple	No cumple
Diagnósticos		
	Si cumple	No cumple
Educacional		
	Si cumple	No cumple
Seguimiento		

	Si cumple	No cumple
Tratamiento		
	Si cumple	No cumple
Legibilidad de la letra		
	Si cumple	No cumple
Codificación Cie10		
	Si cumple	No cumple
Correlación clínica y diagnóstico		
	Si cumple	No cumple
Correlación diagnóstico y tratamiento		
	Si cumple	No cumple
Seguimiento y control subsecuente		
	Si cumple	No cumple
Referencias e interconsultas		

Fuente: (Cantale, 2003)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTOR: FERNANDO JAVIER SEGOVIA GUERRA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA DE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Diabetes mellitus 2 e Hipertensión arterial) que son atendidos en el Centro de Salud Anidado Cotacachi y que se les invita a participar en la investigación: "ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES, VALORADOS EN EL CENTRO DE SALUD ANIDADO COTACACHI, SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR EXPRESADOS EN EL REGISTRO DE INFORMACIÓN COMO PARTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2017 A ENERO 2021".

Yo soy Fernando Javier Segovia Guerra, médico posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estoy investigando sobre “las mejoras obtenidas en la calidad de atención, tras la inserción del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, en el tratamiento de pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de salud Cotacachi, durante el periodo 2017 a 2021”, enfermedades muy comunes causantes de morbimortalidad local tanto a nivel local como mundial. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me puede interrumpir según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí.

Si usted accede a participar en este estudio, intervendrá en una encuesta con pacientes atendidos en el Centro de salud Anidado Cotacachi a realizarse con el autor del estudio. La encuesta tendrá una duración de 15 minutos aproximadamente.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a las preguntas de la entrevista serán anónimas.

Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. De igual modo, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. En caso

de que alguna pregunta durante la entrevista le parezca incómoda, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO – AUTORIZACIÓN

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Fernando Javier Segovia Guerra. He sido informado (a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que intervendré en una encuesta acerca de Calidad de atención del servicio de Medicina familiar en pacientes con Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 dirigida por el autor del presente estudio con una duración de 15 minutos.

Conozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Si desea más información comunicarse con:

Fernando Javier Segovia Guerra (Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria)

E-mail: Fernandoguerra483@gmail.com

Teléfono: 0987707441- 0987707172

Dirección: Ibarra, calle Carlos Proaño y calle s/n

Cédula de Identidad del Participante: _____

Participante: _____

Firma del Participante: _____

_____ _____

SI ACEPTO PARTICIPAR NO ACEPTO PARTICIPAR

Firma del investigador: _____

Lugar y fecha: _____